

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année Scolaire 1940-1941 — N° 43

CONTRIBUTION
A L'ETUDE DE LA RECHUTE
DANS LA PNEUMONIE INFANTILE

(Travail de la Clinique de Médecine Infantile
du Professeur MOURIQUAND)

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTE de MEDECINE et de PHARMACIE de LYON

ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 23 MAI 1941

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE

PAR

LOUIS BRUN

né le 10 février 1914

AU LAC-D'ISSARLES (Ardèche)

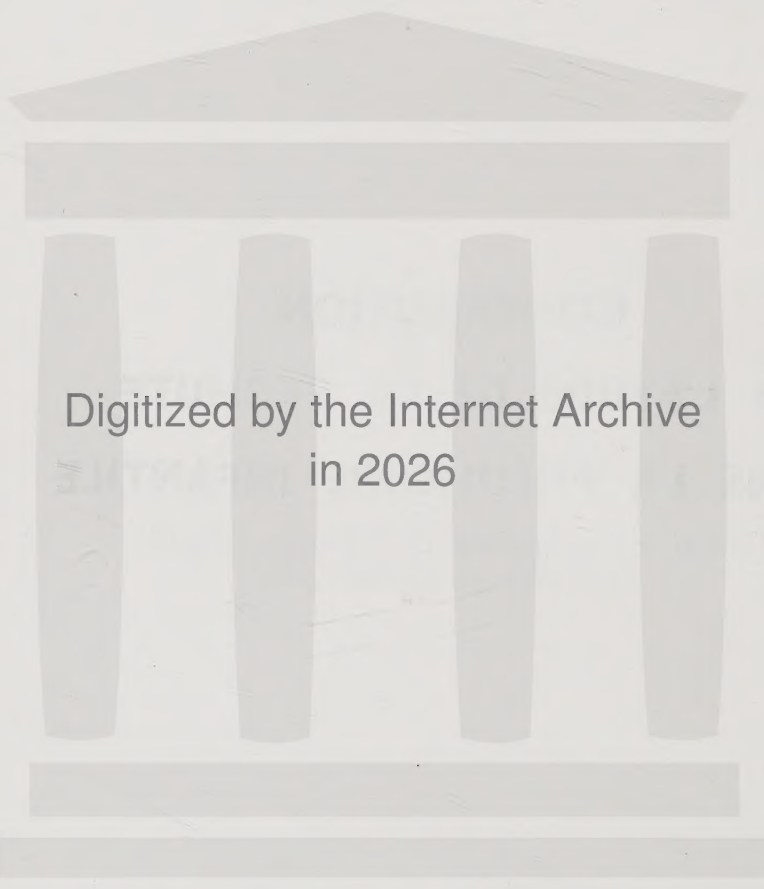


PAQUET, Imprimeur
10, RUE JARENTE — LYON

1941

CONTRIBUTION
A L'ETUDE DE LA RECHUTE
DANS LA PNEUMONIE INFANTILE

(Travail de la Clinique de Médecine Infantile
du Professeur MOURIQUAND)



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année Scolaire 1940-1941 — N° 43

**CONTRIBUTION
A L'ETUDE DE LA RECHUTE
DANS LA PNEUMONIE INFANTILE**

(Travail de la Clinique de Médecine Infantile
du Professeur MOURIQUAND)

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTE de MEDECINE et de PHARMACIE de LYON

ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 23 MAI 1941

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE

PAR

LOUIS BRUN

né le 10 février 1914

AU LAC-D'ISSARLES (Ardèche)



PAQUET, Imprimeur
10, RUE JARENTE — LYON

1941

PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyen honoraire	M. L. HUGOUNENQ
Doyen	M. J. LEPINE.
Assesseur	M. A. MOREL

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. LANNOIS, HUGOUNENQ, PIC, CONDAMIN, PAVIOT,
NICOLAS, VILLARD, NOVE-JOSSERAND, TIXIER, COLLET, GAYET, CLUZET
BERARD, COURMONT, GUIART, PIERY.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. FROMENT.
Cliniques chirurgicales	SAVY.
Clinique obstétricale et Accouchements.....	PATEL.
Clinique ophtalmologique	LERICHE (en mission)
Cliniques dermatologique et syphiligraphique.....	VORON.
Clinique neurologique et psychiatrique.....	BONNET.
Clinique médicale infantile.....	FAVRE.
Clinique gynécologique	LEPINE (J.)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURIQUAND.
Clinique urologique	COTTE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	REBATTU.
Clinique et prophylaxie de la tuberculose.....	CIBERT.
Clinique des maladies infectieuses.....	TAVERNIER.
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie.....	X...
Chimie biologique et médicale.....	J. CHALIER.
Chimie organique et Toxicologie.....	PONTHUS.
Matière médicale et Botanique.....	FLORENCE
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	MOREL.
Anatomie	MANCEAU.
Histologie	X...
Physiologie	LATARJET.
Pathologie interne	POLICARD.
Pathologie générale et thérapeutique.....	HERMANN.
Anatomie pathologique	CORDIER.
Chirurgie opératoire	CADE.
Médecine expérimentale et comparée et Bactériologie.....	J. F. MARTIN.
Médecine légale	SANTY.
Hygiène	ARLOING (F.).
Pharmacie et Pharmacologie.....	MAZEL.
Hydrologie thérapeutique et Climatologie.....	ROCHAIX.
	LEULIER.
	X...

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours d'Anatomie médico-chirurgicale.....	MM. THEVENOT (Léon)
embryologie Chargé d'un cours d'	NOEL.

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
GABRIELLE	P. RAVAUULT	CLAVEL	ROMAN.
CHAMBON	PIGEAUD	LEVRAU	JOURDAN.
REVOL	CROIZAT	BANSSILLON.	MOUNIER-KHUN.
ENSELME	DELORE	MALLET-GUY.	BROUSSY.
SEDALLIAN	JOSSERAND	PEYCELON.	PIFFAULT.
CREYSSSEL	MORIN	R. FROMENT.	
DE ROUGE-MONT	BERTRAND	P. E.-MARTIN.	

EXAMINATEURS DE LA THESE

M. MOURIQUAND, *Président*,

MM. DECHAUME, P. RAVAUULT, CROIZAT



La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MON ONCLE

Mort pour la Patrie en 1940

A MON PERE

En gage de ma plus vive affection

A MA MERE

Sa vie toute entière, faite de travail et de dévouement, d'abnégation et de sacrifices, nous a seule permis d'arriver au but que nous nous étions assigné.

Je lui dédie ce travail, bien faible témoignage de ma profonde reconnaissance et de mon grand amour filial.

A TOUS CEUX QUI ME SONT CHERS

A TOUS MES AMIS

A NOTRE MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE
Monsieur le Professeur GEORGES MOURIQUAND
Professeur de Clinique Médicale Infantile

Un semestre passé dans sa Clinique nous a permis d'apprécier la valeur de son enseignement, sa très haute probité scientifique et la cordialité de ses sentiments.

Nous avons le très grand honneur d'avoir, pour Président de notre thèse, ce Maître éminent.

Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de notre infinie reconnaissance et de notre respectueux attachement.

A NOS JUGES

Monsieur le Professeur Agrégé DECHAUME.

Monsieur le Professeur Agrégé PAUPERT-RAVAULT.

Monsieur le Professeur Agrégé CROIZAT.

Nous les remercions pour l'honneur qu'ils nous ont fait en acceptant de faire partie de notre Jury.

A Monsieur le Professeur POLICARD

Professeur d'Histologie

Par les conseils qu'il nous a prodigués, par sa sollicitude à notre égard, par sa bienveillance infinie, il a droit à toute notre reconnaissance.

Nous l'assurons de notre profond attachement.

A Monsieur le Docteur THIERS

Médecin des Hôpitaux

Nous sommes heureux de lui témoigner, ici, notre grande admiration et le prions de croire à notre sincère reconnaissance.

A Monsieur le Docteur SAVOYE

Ancien Chef de Clinique

C'est lui qui nous a inspiré le sujet de cette thèse. Au cours de l'élaboration de ce travail, il nous a fait profiter de ses conseils et de son expérience, ne nous épargnant ni son temps ni sa peine.

Nous ne pourrons jamais nous acquitter de la dette de reconnaissance que nous avons contractée envers lui.

Qu'il daigne au moins trouver, ici, l'expression de notre sincère attachement et de notre profonde gratitude.

A NOS MAITRES DANS LES HÔPITAUX

Externat

Monsieur le Docteur HENRI GARDERE.

Monsieur le Docteur GOYET.

Monsieur le Professeur REBATTU.

Monsieur le Professeur PATEL.

Monsieur le Professeur MOURIQUAND.

Contribution à l'étude de la rechute dans la pneumonie infantile



Introduction

L'évolution de la pneumonie infantile est habituellement cyclique : début brusque, plateau thermique plus ou moins prolongé, défervescence brutale ou rapide, telles sont ses caractéristiques ordinaires. Malgré un aspect parfois alarmant, la guérison est pour ainsi dire habituelle, dans un espace de temps relativement court.

Le pronostic peut seulement être assombri par la possibilité de complications, pleurales surtout, et la notion de *rechute* n'intervient généralement pas parmi les motifs d'inquiétude qu'une pneumonie infantile peut créer. On sait que la rechute existe, doit être redoutée dans certaines infections, l'infection typhique par exemple, mais non dans la pneumonie. Il faut reconnaître dès le début de cette étude que les rechutes dans la pneumonie sont rares, exceptionnelles même et que leur importance est minime par rapport à celle des complications.

Pourtant ces rechutes existent ; la plupart des pédiatres les ont signalées, ou en ont rapporté certains cas. Mais jusqu'ici l'incertitude régnait sur leur existence même : un critère certain faisant défaut et la clinique à

elle seule étant impuissante à lever tous les doutes. Le hasard récemment, nous a permis d'observer une pneumonie à rechute avec confirmation radiologique. C'est à partir de cette très intéressante observation de la Clinique de Médecine Infantile, base initiale de notre travail, que nous avons entrepris de revoir et d'étudier cette forme particulière de la pneumonie.

Deux faits se sont immédiatement imposés à nous au cours de nos recherches : d'abord l'extrême rareté des rechutes et ensuite la nécessité d'établir une classification : les faits publiés étant souvent fort disparates. C'est ainsi que nous avons envisagé des *rechutes radiologiques* ou *rechutes vraies*, des *rechutes cliniques* ou rechutes apparentes et des *rechutes thermiques*, simples reprises de la fièvre.

Pour pouvoir affirmer une rechute vraie, il faut :

1° Observer une pneumonie se manifestant par des signes certains : température en plateau, signes physiques et radiologiques.

2° Constater une défervescence franche avec résolution complète, ou tout au moins commencement de résolution de tous les signes physiques.

3° Voir réapparaître durant la convalescence, soit au niveau de l'ancien foyer, soit dans une autre partie du poumon, une deuxième pneumonie dont l'existence sera confirmée par une radiographie.

Dans les rechutes cliniques ou apparentes se placent les cas où, après la disparition des symptômes de la pneumonie ceux-ci réapparaissent après un certain temps. Mais ici manque le contrôle radiologique. Dès lors on ne peut

être affirmatif. Sans doute y a-t-il parmi ces cas, des rechutes vraies, mais peut-être s'agit-il également de simples congestions pulmonaires ou d'autres manifestations pneumococciques compliquant la pneumonie.

Quant aux rechutes thermiques quelques cas ont été publiés. Nous montrerons par la suite, que ces faits beaucoup plus vagues que les précédents ne correspondent pas à la conception que l'on doit se faire de la rechute.

Enfin nous consacrerons un chapitre aux récidives, non pas pour vouloir les intégrer aux rechutes en étendant le champ de celles-ci, mais pour montrer au contraire toute la différence qui les sépare.

Si parfois, lorsque la récidive survient au bout de quelques mois, au niveau de l'ancien foyer, avec un nouveau triangle semblable au premier, on est tenté d'invoquer la même pathogénie et de l'identifier presque à la rechute, dans la majorité des cas cependant, elle en diffère nettement, surtout par son évolution dans le temps.

Nous aurions voulu faire de la pneumonie infantile à rechute une étude aussi complète que possible : c'était notre but. Malheureusement les circonstances actuelles ne nous ont pas permis de consulter toutes les publications, en particuliers certains auteurs étrangers. De ce fait, quelques éléments de comparaison nous font défaut. Nous espérons néanmoins qu'en synthétisant les documents que nous avons lus, et les nombreux conseils qui nous ont été prodigués, notre description ne s'éloignera pas trop de la réalité.

Nous pensons surtout que les radiographies que nous publions, offrent un intérêt véritable. A elles seules, elles auraient justifié ce travail non seulement en apportant la preuve certaine, irrécusable, de l'existence de la pneumonie à rechute, mais encore en montrant toute l'importance de ce merveilleux moyen d'investigation qu'est la radiologie.

Définition de la pneumonie à rechutes

Dans le dictionnaire Littré, les mots rechute et récidive sont ainsi définis

Rechute : réapparition d'une maladie *pendant ou peu après la convalescence*.

Récidive : réapparition d'une maladie *après le rétablissement complet de la santé*, au bout d'un laps de temps indéfini qui quelquefois se compte par années.

Pour GRISOLLE il y a rechute toutes les fois que la réapparition de la maladie survient à une époque où la convalescence n'est pas encore achevée.

Un grand nombre d'auteurs partagent ce point de vue.

« La pneumonie est dite à rechute, dit G. SÉE, lorsqu'elle se produit pendant la convalescence, à une époque où elle n'est pas encore achevée. Il y a récidive quand la maladie reparait après un intervalle de santé parfaite, dans l'espace de quelques mois ou de quelques années. »

BARTHEZ et SANNÉ s'expriment de la façon suivante :

« *Rechute* : Lorsque la pneumonie est terminée, après la guérison ou pendant la convalescence, une rechute peut avoir lieu, soit au même point, soit dans le voisinage, soit

dans l'autre poumon. Cet accident se produit souvent sans cause apparente ; dans certains cas il suit un refroidissement ou un écart de régime. Quelquefois la rechute est bénigne et guérit vite, dans d'autres circonstances elle emporte le malade. »

« *Récidive* : Les sujets qui ont guéri d'une pneumonie sont souvent disposés à en contracter d'autres, à des intervalles variables. Les récidives sont quelquefois assez nombreuses pour mériter à cette forme de maladie, le nom de pneumonie à répétition. Il y a des enfants qui, tous les ans, jusqu'à un certain âge, prennent une pneumonie. Cette variété est d'ailleurs peu grave. »

« Pour qu'on puisse admettre, dit LÉPINE, qu'il y a réellement *rechute* et non simple aggravation d'une pneumonie, il faut que la défervescence se soit faite depuis un laps de temps tel qu'on puisse exclure à coup sûr une *pseudo-crise* ; il faut de plus que les signes d'auscultation prouvent que la résolution avait réellement commencée ; autrement on a affaire à une de ces pneumonies qui accomplissent leur évolution en plusieurs actes. »

Quant à CHAUFFARD il distingue : « La *rechute*, telle que l'envisage GRISOLLE, de la *recrudescence*, observée communément, dans laquelle une aggravation des phénomènes généraux est corrélative d'une accentuation des accidents locaux et de la *récidive* très fréquente dans la pneumonie, survenant à échéance plus ou moins éloignée. »

Tous ces auteurs s'accordent à définir la rechute une maladie « survenant pendant la convalescence ». Ils la séparent nettement de la récidive qui, elle, reparait après « un intervalle de santé parfaite ».

Toutefois ces définitions claires et simples sont loin d'avoir recueilli tous les suffrages. Outre une confusion de termes, de profondes divergences de vues se sont manifestées au sujet de *l'intervalle apyrétique* qui doit séparer les deux atteintes et le *lieu* où doit se produire la rechute.

a) CONFUSION DE TERME D'ABORD

Cette confusion est surtout manifeste pour les mots rechute et récidive indifféremment employés l'un pour l'autre. C'est ainsi que JURGENSEN et WAGNER entendent par récidive, et FINKLER par récurrente, la rechute française.

Certains auteurs, de parti-pris, considèrent les rechutes comme étant des récidives se succédant à intervalles très rapprochés, niant, comme le fait remarquer TORDEUS, la nécessité d'en faire une forme spéciale de « phlegmasie pulmonaire ».

Signalons aussi, comme contribuant à cette confusion, la multiplicité des épithètes employées, telles que : pneumonies à reprises, erratiques, à foyers successifs, pneumonie intermittente de ZIEMISSEN et de BERHEND, dans lesquelles on a rangé parfois des cas de pneumonies à rechute.

b) DIVERGENCES AU SUJET DE L'INTERVALLE APYRETIQUE

Alors que pour le professeur THOMAS cet intervalle doit être inexistant, LÉPINE estime qu'il doit être suffisant pour éliminer à coup sûr une pseudo-crise. GRISOLLE,

G. SÉE, BARTHEZ et SANNÉ, CHAUFFARD, fixent l'apparition de la rechute pendant la convalescence, « à une époque où celle-ci n'est pas encore achevée ». Ils la séparent nettement de la récédive qui, elle, survient « après un intervalle de santé parfaite ». Quant à SACQUÉPÉE, il n'hésite pas à employer le terme de *rechute tardive* à propos d'un cas survenu chez un adulte 55 jours après la fin de la première localisation pulmonaire.

c) DIVERGENCES AU SUJET DU LIEU DE LA RECHUTE

La controverse est ici, semble-t-il, encore plus marquée. Tandis que pour BARTHEZ et SANNÉ « la rechute peut avoir lieu, soit au même point, soit dans le voisinage, soit dans l'autre poumon », GILLET ne décerne le terme de vraies rechutes qu'à celles survenant « au même poumon et au même lobe ».

Si la deuxième pneumonie survient dans le même poumon, mais à un lobe différent et après une rémission de la température de quelques jours, D'ESPINE et SOLTSMANN décrivent cette forme sous le nom de *pneumonie migratrice saccadée*.

Si elle siège au poumon opposé, même après un intervalle apyrétique, elle est décrite sous les noms de *pneumonie double successive* par RAYBAUD, de *pneumonie erratique* par PALIER et STRUMPELL.

En ce qui nous concerne et pour clore cette discussion, nous ferons remarquer que le mot récédive sert indifféremment à désigner une deuxième pneumonie survenant après un « intervalle de santé parfaite », qu'elle siège ou

non au niveau de l'ancien foyer. Par comparaison nous considérerons comme des rechutes, toutes les pneumonies survenant durant la convalescence sans tenir compte de leur localisation.

En face d'opinions si diverses et si controversées, est-il possible de définir la rechute ? Nous référant à la conception que s'en faisaient les auteurs anciens, en particulier LÉPINE, BARTHEZ et SANNÉ et aux cas publiés, nous proposons la définition suivante :

Il y a rechute dans la pneumonie, lorsque, après une première atteinte, la défervescence s'étant produite et les signes physiques ayant disparu, il se produit durant la convalescence, une nouvelle poussée pneumonique, le nouveau foyer d'hépatisation siégeant soit au niveau de l'ancien, soit dans une autre partie du poumon.

Historique

Quoique la pneumonie infantile à rechute soit connue depuis longtemps aucun ouvrage fondamental, croyons-nous, n'a été publié sur ce sujet. Si dans presque tous les traités de pédiatrie un paragraphe est consacré à la rechute, rares sont les renseignements que nous y trouvons. Il faut attendre l'article de GILLET paru en 1903 dans la *Gazette des Hôpitaux* pour avoir une vue d'ensemble sur la question à cette époque.

Résumant les observations déjà parues, il s'exprime ainsi :

« Depuis BINZ qui en a rapporté un cas en 1864, où il se fit deux rechutes successives, on compte encore deux cas publiés par TORDEUS, deux cas cités par COMBY dont un à rechute unique, l'autre à rechute double.

Chez un enfant de 3 ans, atteint de pneumonie du sommet droit, M. L. GUINON a vu deux rechutes successives.

On relève encore dans la littérature médicale un cas dû à M. le Dr STOCKTON de Philadelphie, quelques cas à M. le Professeur CONCETTI de Rome et d'autres donnés sous le nom de pneumonie erratique par le Dr PALIER de New-York. »

Outre les cas de HÉNOCH, de JACOBI de Philadelphie, de HAUSHALTER de Strasbourg, omis par H. GILLET, nous citerons, parus depuis : le cas de WEILL publié dans la thèse de RANCHER, celui de LEROUX et l'observation d'AUDEOUD en 1905, ARMSTRONG en 1913 aurait publié 4 observations que nous n'avons malheureusement pu consulter. Enfin M. CATHALA en 1928 publie un autre cas à la suite duquel il se livre à d'intéressantes considérations sur le mécanisme de la guérison de la pneumonie.

On voit par ce qui suit que depuis longtemps déjà, on observe des rechutes de la pneumonie chez les enfants. cependant aucun travail d'ensemble n'est venu faire de cette forme particulière, une entité pathologique connue et individualisée.

Conditions étiologiques

FREQUENCE

Il est assez difficile de se faire une idée exacte de la fréquence de la pneumonie infantile. D'une part les observations publiées sont trop peu nombreuses pour fournir un point de comparaison et d'autre part il est certain que nombre de cas sont ignorés ou passent inaperçus. Certains auteurs, tels que GILLET, établissant un parallèle entre la pneumonie à rechute de l'adulte et la pneumonie à rechute de l'enfant, concluent en faveur d'une nette prédominance des cas pour l'enfance.

Nous ne pouvons ni admettre ni partager cette opinion et nous sommes bien obligés de constater, à la suite de nos recherches dans la littérature médicale, que le nombre de cas publiés chez l'adulte est bien supérieur aux cas publiés chez l'enfant. Nous expliquerions volontiers ce fait par un autre fait à savoir que les adultes sont plus nombreux que les enfants. Peut-être aussi chez l'adulte, les infections et les intoxications chroniques — causes inexistantes chez l'enfant — jouent-elles un rôle dans la pathogénie de la rechute et contribuent à rendre cette dernière plus fréquente.

Quoiqu'il en soit, reconnaissons la grande rareté de cette forme particulière de la pneumonie infantile, puisque, parmi les nombreuses observations de pneumonie de la clinique, nous n'avons pu en découvrir qu'une seule qui soit nette et indiscutable.

AGE

L'âge a-t-il une influence, même chez les enfants ? Oui, d'après M. CATHALA qui voit dans « l'organisme neuf, non adapté par des contacts répétés avec les germes répandus dans le milieu extérieur, à la défense contre les infections » une des causes des « infections pneumococciques à rechutes ». Nous y reviendrons plus loin. Bornons-nous pour l'instant à constater que, parmi les observations de rechute que nous rapportons : 3 survinrent au-dessous de 2 ans ; 4 de 2 à 5 ans et 5 de 5 à 10 ans.

SEXE

D'après nos observations, une nette prédominance se manifeste en faveur du sexe masculin : 9 garçons pour 3 filles. Toutefois il ne s'agit là que d'une apparence. En effet si nous tenons compte du fait que la pneumonie est plus fréquente dans le sexe masculin que dans le sexe féminin — COMBY sur 170 enfants pneumoniques compte 103 garçons pour 67 filles — nous observons que, proportionnellement, la rechute survient, dans les deux sexes, avec une fréquence sensiblement égale.

SAISONS

« En Europe et dans les pays tempérés, quoiqu'on ait incriminé le froid comme agent provocateur, ce n'est pas en hiver que la pneumonie est la plus fréquente, c'est au printemps. » Ainsi s'exprime COMBY. La rechute ne semble pas obéir à cette loi générale, du moins c'est ce qui ressort de nos observations, puisque 6 apparurent en hiver, seulement une au printemps et 2 en été.

EXISTE-T-IL D'AUTRES CAUSES DE LA RECHUTE ?

La localisation de la première atteinte a-t-elle une influence ? En d'autres termes, les pneumonies du sommet rechutent-elles davantage que celles de la base, celles du poumon droit davantage que celles du poumon gauche ? En nous reportant une fois de plus à nos observations, nous pouvons établir le tableau suivant :

	1 ^{re} pneum.	1 ^{re} rechute	2 ^e rechute
Obs. de la Clinique	S D	S D	
Obs. Guinon	S D	S D	S D
Obs. Leroux	S D	S D	
Obs. Weill	S D	S D	
Obs. Raybaud	S D	B G	
Obs. Comby	S G	S G	S G
Obs. Hénoch	S G	S D	
Obs. Tordeus, 1888.	B D	B D	
Obs. Cathala	B D	B G	
Obs. Audéoud	B G	B G	B G
Obs. Tordeus, 1876.	B G	B G	
Obs. Tordens, 1876.	B G	B G	
Obs. Binz	P D	P D	P D

On remarque d'après ce tableau que dans deux tiers des cas, ce sont des pneumonies du poumon droit qui rechutent. Dans presque les deux tiers des cas également les rechutes siègent au poumon droit. Notons enfin que pneumonies primitives et rechutes ont une prédilection marquée pour le sommet droit (5 fois sur 12).

Y A-T-IL DES FORMES DE LA PNEUMONIE
QUI RECHUTENT PLUS FACILEMENT ?

Il ne semble pas. Seule, la forme ordinaire, parce que la plus fréquente, présente le plus grand nombre de rechutes. D'ESPINE signale la rechute dans la forme rudimentaire qu'il a décrite au congrès de Rome de 1894. RANCHER rapporte dans sa thèse, sous le nom de « pneumonie serpentineuse régressive » une observation de LEROUX, publiée par celui-ci comme étant une pneumonie prolongée et qui, en réalité, apparaît comme une rechute de pneumonie prolongée. CATHALA a également publié un cas de pneumonie prolongée à rechute.

Il ne semble donc pas qu'il existe une forme de pneumonie prédisposant d'une manière spéciale aux rechutes. C'est bien d'ailleurs ainsi que l'ont observé les auteurs :

« Aucune forme de pneumonie, dit GILLET, ne prédispose aux rechutes, ni ne protège contre elles ; formes abortives, éphémères, plutôt congestives, aussi bien que formes intenses ou prolongées avec hépatisation vraie, peuvent être suivies de rechutes. »

D'ailleurs ces considérations étiologiques sont loin d'avoir une valeur absolue. Le nombre de cas de pneu-

monies infantiles à rechute que nous rapportons est beaucoup trop faible pour que l'on puisse en tirer des conclusions valables quant aux conditions d'apparition.

Pathogénie

Comment expliquer l'apparition d'une rechute dans la pneumonie ? Doit-on incriminer le microbe ou le terrain ou des causes diverses ? Plusieurs hypothèses s'affrontent à ce sujet.

a) MICROBE

Certains auteurs expliquent la rechute en invoquant le *génie épidémique*. Pour GERARDT il s'agirait d'une réinfection. Cette réinfection est-elle d'origine *exogène* ? C'est peu probable ; il faudrait admettre une contamination soit pendant la première pneumonie, soit pendant la convalescence. Le fait peut exister, certes, mais il apparaît douteux : les cas de contagion de pneumonie publiés étant peu nombreux.

Plus vraisemblablement la rechute est due à une réinfection *endogène*. En effet le pneumocoque est plus vivace qu'on ne le croit communément, il peut persister des semaines et des mois dans les cavités closes telles que la plèvre. D'après COMBY on le trouve 20 fois sur 100 dans la salive des sujets sains et 60 fois sur 100 dans la salive des anciens pneumoniques. PHILIBERT va encore plus loin ;

il considère le pneumocoque comme un saprophyte normal de la cavité bucco-pharyngée de l'homme. On le décèle constamment, dit-il, en ensemençant le mucus amygdalien de tous les individus sains, sur du sérum de lapin jeune.

VERNEUIL de son côté a introduit en pathologie générale, la notion de *microbisme latent* pour expliquer la répétition de certaines infections et SACQUÉPÉE, à propos de deux pneumonies survenues à 55 jours d'intervalle chez un adulte, considère la seconde atteinte « comme une manifestation de reviviscence du même pneumocoque déjà en cause la première fois ».

Comment se fait cette réinfection ? On ne le sait. « La discussion reste encore ouverte, en effet, de savoir si le pneumocoque envahit le poumon par la voie circulatoire ou par la voie bronchique pour déterminer la pneumonie » (PHILIBERT).

b) TERRAIN

A l'encontre des opinions émises ci-dessus, d'autres auteurs font intervenir l'organisme qui serait *sensibilisé* et jouerait un rôle favorisant vis-à-vis du pneumocoque.

« Une première atteinte de pneumonie ne confère pas l'immunité pour la vie entière, nous dit COMBY, loin de là, elle semble marquer le sujet pour des atteintes ultérieures. »

VALAGUessa s'exprime de même. « Nous devons, dit-il, d'abord considérer l'individualité du malade et le fait qu'il n'a acquis aucune immunité contre l'infection pneumococcique. De ces deux facteurs, le plus important est

le premier ; car pour le second, nous savons que l'immunité qui s'acquiert à la suite d'une infection pneumococcique est faible sinon nulle. »

C'est également l'opinion de PHILIBERT : « Comme dans toutes les infections provoquées par les saprophytes, dit-il, on n'observe chez l'homme, ni immunité naturelle, ni immunité acquise ; au contraire, en pratique, il semble qu'une première pneumonie favorise l'apparition de pneumonies ultérieures. »

Pour M. CATHALA, l'âge aurait une influence non négligeable. C'est du moins ce qui ressort de ses commentaires au sujet d'une rechute survenue chez un garçon de 2 ans 1/2. « Il est certain, dit-il, que l'organisme neuf, non adapté par des contacts répétés avec les germes répandus à l'extérieur, à la défense contre les infections, fait de ces infections pneumococciques suraiguës, ou au contraire subaiguës, à *rechutes*. »

Il est probable, d'ailleurs, que d'autres causes jouent dans la pathogénie de la rechute. Un refroidissement, un écart de régime, une affection débilitante par exemple, en affaiblissant la résistance de l'organisme rendront ce dernier sensible à l'action du pneumocoque, « le germe toujours présent qui, selon COMBY, n'attend qu'une occasion favorable pour rentrer en scène ».

De cette étude nous retiendrons que nous ne savons rien de précis sur la pathogénie de la rechute. Un seul fait se dégage, fait connu depuis longtemps d'ailleurs, à savoir qu'une première pneumonie n'immunise pas, mais semble plutôt favoriser des atteintes ultérieures, et que très souvent les rechutes surviennent d'une manière

spontanée sans qu'il soit possible d'incriminer quoi que ce soit.

Les mêmes arguments sont-ils valables au sujet de la récidive ? Certainement oui. Mais ici lorsque les deux pneumonies sont séparées par un intervalle de temps de plusieurs années, qu'elles siègent à des lobes pulmonaires distincts, il est logique de penser qu'elles n'ont rien de commun : il s'agirait d'une réinfection d'origine exogène, d'un pneumocoque différent.

Toutefois, lorsque durant plusieurs années, il survient à chaque hiver une nouvelle pneumonie, siégeant toujours au même endroit, présentant toujours un triangle pneumonique semblable au précédent, comment ne pas penser qu'il s'agit du même pneumocoque, ayant sensibilisé une partie déterminée du poumon ? Ces sortes de récidives se rapprochent singulièrement des rechutes et nous sommes bien obligés de dire, que si, pratiquement, ces deux formes sont bien définies par l'intervalle de temps qui les sépare de la première atteinte, théoriquement elles ont peut-être une pathogénie identique.

Etude clinique des diverses variétés de rechutes

A) RECHUTES RADIOLOGIQUES

Un malade atteint de pneumonie vient de faire sa défervescence. La température a fait une chute brutale et s'est maintenue à la normale durant plusieurs jours. Les signes physiques et radiologiques sont en voie de résolution ou ont franchement disparu.

Brusquement, durant la convalescence, souvent sans cause apparente, spontanément, apparaît une brusque élévation thermique, de la dyspnée, de la toux, des vomissements, une accélération du pouls. Bientôt des signes physiques apparaissent du côté des poumons : matité franche ou submatité, foyer de râles crépitants, souffle tubaire. Ces divers symptômes se manifestant soit au niveau de l'ancien foyer, soit dans un autre lobe.

Devant un tel tableau clinique, on pratique une nouvelle radiographie qui montre, signe capital, *l'hépatisation pulmonaire*, pouvant affecter la forme en triangle si elle siège au sommet, ou une forme moins géométrique si elle siège à la base.

C'est ce deuxième triangle radiologique, parfois identique et se superposant au premier, qui est la confirmation même de la rechute. Sans lui, il est impossible d'être affirmatif, et, comme le fait justement remarquer NOBECOURT : « Les pneumonies à rechutes ne peuvent être distinguées d'une complication que par une étude radiologique ».

Au bout de quelques jours survient une deuxième défervescence avec crise polyurique et sudorale. Manifestement on s'est trouvé devant une deuxième pneumonie poursuivant son évolution pendant la convalescence de la première et nous disons qu'il s'agit d'une *rechute*.

Toutefois, dans un assez grand nombre de cas, le tableau clinique n'est pas aussi complet : des symptômes peuvent faire défaut, d'autres se présentent sous une forme atypique. C'est ainsi que le début peut se manifester seulement par une élévation de la température et des signes généraux, les signes physiques n'apparaissant qu'après. La courbe thermique au lieu d'affecter la forme en plateau, se présentera sous forme de grandes oscillations, simulant une infection palustre (obs. de la Clinique). La défervescence elle-même au lieu d'être franche et brutale, s'effectuera par échelons, en lysis, comme l'avait déjà remarqué COMBY.

DUREE

L'opinion généralement admise est que la rechute est plus courte qu'une pneumonie ordinaire. Dans l'observation inédite que nous publions, les deux atteintes eurent

une durée égale. Dans celles que nous avons puisées dans la littérature, on remarquera que 6 fois sur 10 la rechute est moins longue que la première pneumonie. Dans le cas de COMBY et ceux de TORDEUS c'est l'inverse.

Cette durée ne semble pas en rapport avec la localisation de la rechute ni avec celle de la première atteinte. Elle ne présente non plus aucun rapport avec l'intervalle apyrétique qui sépare les deux pneumonies.

GRAVITE

La rechute est également considérée comme étant plus bénigne. Ici encore les faits parlent en cette faveur. Toutefois, dans certains cas, la rechute inspire de plus grandes inquiétudes que la première pneumonie.

FORMES CLINIQUES DE LA RECHUTE

Dans la majorité des cas, il s'agit d'une forme commune. La forme abortive est assez fréquente. Jamais on ne trouve ici de formes prolongées ou chroniques. Notons en passant que la rechute peut elle-même rechuter, nous en avons un certain nombre d'exemples.

En résumé, la rechute peut présenter les symptômes d'une pneumonie banale, mais elle peut être tout aussi atypique. C'est d'ailleurs ainsi que le constate GILLET : « Comparée à la première atteinte, la rechute peut être ou plus courte ou plus longue, plus bénigne ou plus grave. Parfois les deux pneumonies ont une certaine ressemblance. »

Observation

Nous ne possédons qu'une seule observation de pneumonie à rechute, contrôlée par la radiologie : c'est celle étudiée dans le service de Médecine Infantile du Professeur MOURIQUAND. Comme elle est à la base de notre travail, nous allons la publier ci-dessous en détail, accompagnée d'un tracé thermique et de trois clichés radiographiques qui, à eux seuls, constituent la preuve irréfutable de l'existence de cette forme particulière de la pneumonie.

OBSERVATION I

CLINIQUE DE MEDECINE INFANTILE
(Prof. MOURIQUAND et Dr SAVOYE)

Ch... Paulette, âgée de un an, est hospitalisée dans le service le 31 juillet 1940 pour « douleurs abdominales et température à 40° depuis cinq jours ».

Rien à signaler dans les antécédents héréditaires ou collatéraux.

A. P. : Née à terme. Accouchement normal. Poids à la naissance : 3.400 grammes. Nourrie complètement au sein pendant huit mois. Premières dents à 10 mois. Actuellement commence à marcher.

A l'entrée : Enfant grasse et pâteuse, pesant 9 kil. 730, aux pommettes colorées, contrastant avec le teint pâle du reste du visage et du corps. La température est à 41°,1 ; léger battement des ailes du nez, tirage sus et sous-sternal important. Cette dyspnée ne s'accompagne pas de cyanose marquée. Pas de vomissements.

A l'examen. — Aux poumons : Submatité très nette en avant dans la fosse sous-claviculaire droite et dans l'aisselle, moins nette en arrière.

A l'auscultation : souffle inspiratoire assez intense, perçu en avant et dans l'aisselle droite. Quelques râles sous-crépitaux inconstants au même niveau. Retentissement du cri, très net au sommet droit, en arrière.

Radiographie 1^{er} août 1940 : Il existe très nettement au sommet droit une ombre triangulaire à contours nets, mais du bord postérieur, irradiant vers le sommet, partent des ombres supplémentaires moins densifiées, du type spléno-hépatisation et non hépatisation vraie. Il est probable que ces ombres surajoutées, conditionnent le souffle nettement perçu dans l'aisselle et en avant.

Foie déborde de trois travers de doigt. Rate déborde d'un travers de doigt.

Urines : Examen chimique : Pas de sucre. Léger disque d'albumine.

Examen cytologique : Culot de centrifugation formé par : Quelques leucocytes rarement groupés ; quelques hématies ; rares cellules de desquamation ; présence de colibacilles.

On porte le diagnostic de pneumonie typique du sommet droit.

2 août 1940. — Toujours grosse température entre 40° et 41°. Enfant abattue. Le souffle est beaucoup moins net en arrière, mais il persiste très net dans l'aisselle et en avant où il est accompagné d'un foyer d'assez nombreux râles sous-crépitaux. Pouls petit et rapide à 144.

La radiographie d'aujourd'hui montre un envahissement de l'ombre triangulaire au sommet : il existe actuellement une véritable ombre en casque.

4 août. — La défervescence s'est faite aujourd'hui : la température qui était ce matin à 39°,5 est tombée ce soir à 37°,2.

13 août. — Une radiographie faite hier ne montre aucune image pathologique. L'enfant n'a plus de température.

15 août. — L'enfant part en convalescence dans sa famille.

27 août 1940. — Revient dans le service pour signes de bronchite.

28 août 1940. — Température oscillante entre 37° et 40°,5. L'examen pulmonaire montre en arrière, à la partie moyenne

du poumon droit, un retentissement du cri. Rien de net dans l'aisselle ni en avant. La radiographie pratiquée montre à ce niveau une ombre triangulaire typique.

29 août. — Toujours retentissement du cri en arrière mais, de plus, dans l'aisselle droite, respiration soufflante avec des râles muqueux et quelques gros râles du type sous-crépitant.

30 août. — L'enfant continue à faire de grandes oscillations entre 37° et 40°,6. Jusqu'ici, la température était à 37° à 7 heures 1/2 du matin et montait à 40°,5 le soir vers 16 heures. Dans la nuit du 29 au 30, la veilleuse a noté les faits suivants :

A 21 h., température à 40°,5 ; enveloppement qui, après trois quarts d'heure l'abaisse à 39°. L'enfant est laissée toujours sous la tente à oxygène.

A 1 h. : température tombe brusquement à 36°,3 ; faciès cyanosé, enfant pâle, tremblant. Pouls filant. Solucamphre et lobéline. On la réchauffe. Tout en restant froide, transpire beaucoup.

A 4 h. : faciès plus naturel, respire mieux. Pouls toujours petit. Solucamphre.

A 5 h. : II gouttes de digitaline.

A 6 h. : Pouls à 150 et très irrégulier. Température à 36°,3.

A 11 h. : température à 38°,7.

31 août. — Contrairement aux jours précédents, l'enfant n'a pas fait une forte chute thermique (38° ce matin) et celle-ci ne s'est accompagnée d'aucun malaise. Etat général assez bon. Une radiographie pratiquée aujourd'hui montre l'extension du triangle à presque tout le sommet droit. Ebauche de casque dont la partie moyenne n'est pas accusée. Ce triangle est comparable à celui observé sur la radiographie du 2 août.

3 septembre. — La radiographie montre une image triangulaire qui est devenue plus claire surtout vers le sommet.

4 septembre. — La température, après 6 jours de grandes oscillations, est revenue hier à la normale (courbe du type amphibole).

5 septembre. — La radiographie montre le même triangle de retour que celle du 3 septembre.

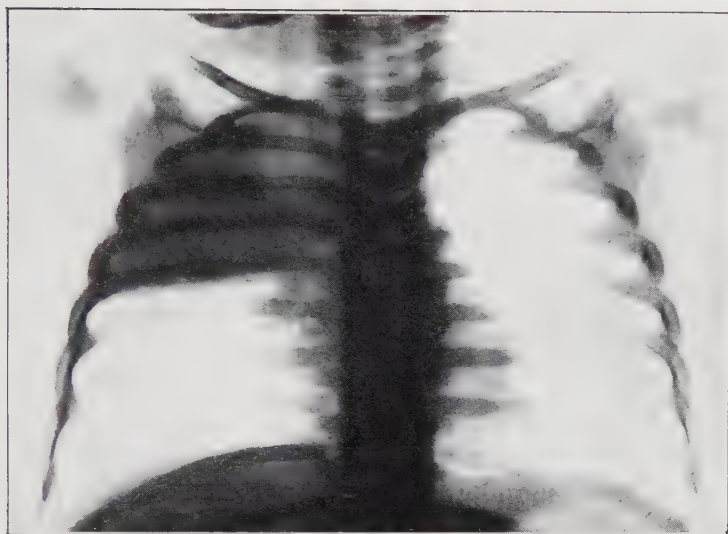


FIGURE I

Radiographie du 1^{er} août 1940
Ombre triangulaire du sommet droit

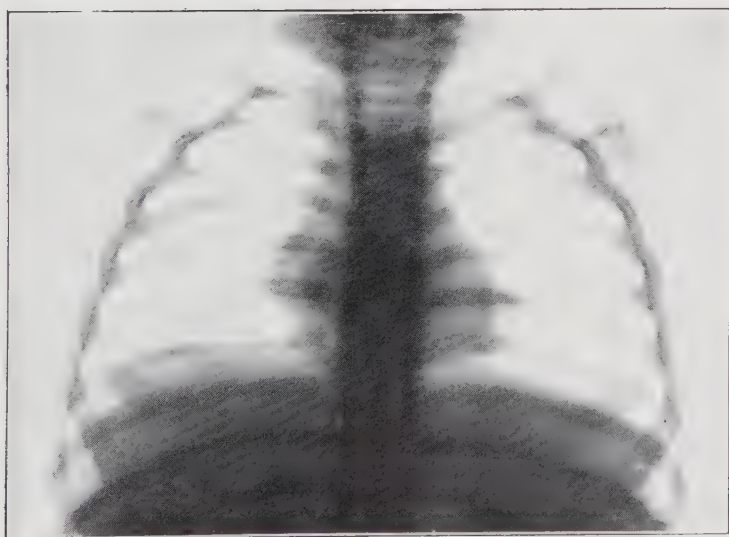


FIGURE II

Radiographie du 13 août 1940
Aucune image pathologique n'est visible. Les poumons
paraissent normaux

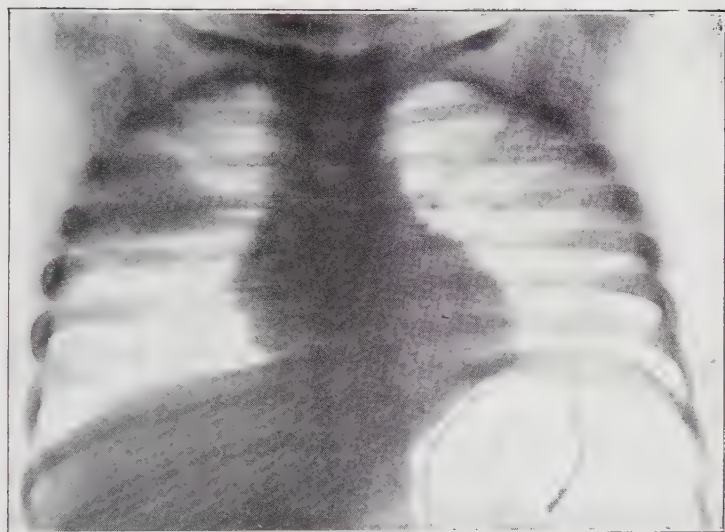


FIGURE III

Radiographie du 28 août 1940
Image triangulaire typique du sommet droit

6 septembre. — A l'auscultation, l'enfant ne criant pas, rien de net au sommet, en avant, en arrière et dans l'aisselle.

7 septembre. — La radiographie ne présente aucun changement appréciable sur les deux précédentes.

9 septembre. — A la radiographie, la figure triangulaire persiste, mais elle n'est plus composée que par un véritable treillis (tramite probable) dont les mailles sont deshabitées par l'hépatisation. Au bas du triangle, scissurite persistante.

10 septembre. — Même radiographie qu'hier.

12 septembre. — Une double paracentèse ramène du pus : otite double. On incise ce matin un abcès de la face latérale externe de la cuisse gauche : évacuation d'une abondante collection de pus.

13 et 16 septembre. — A la radiographie il ne subsiste presque rien de l'image pathologique.

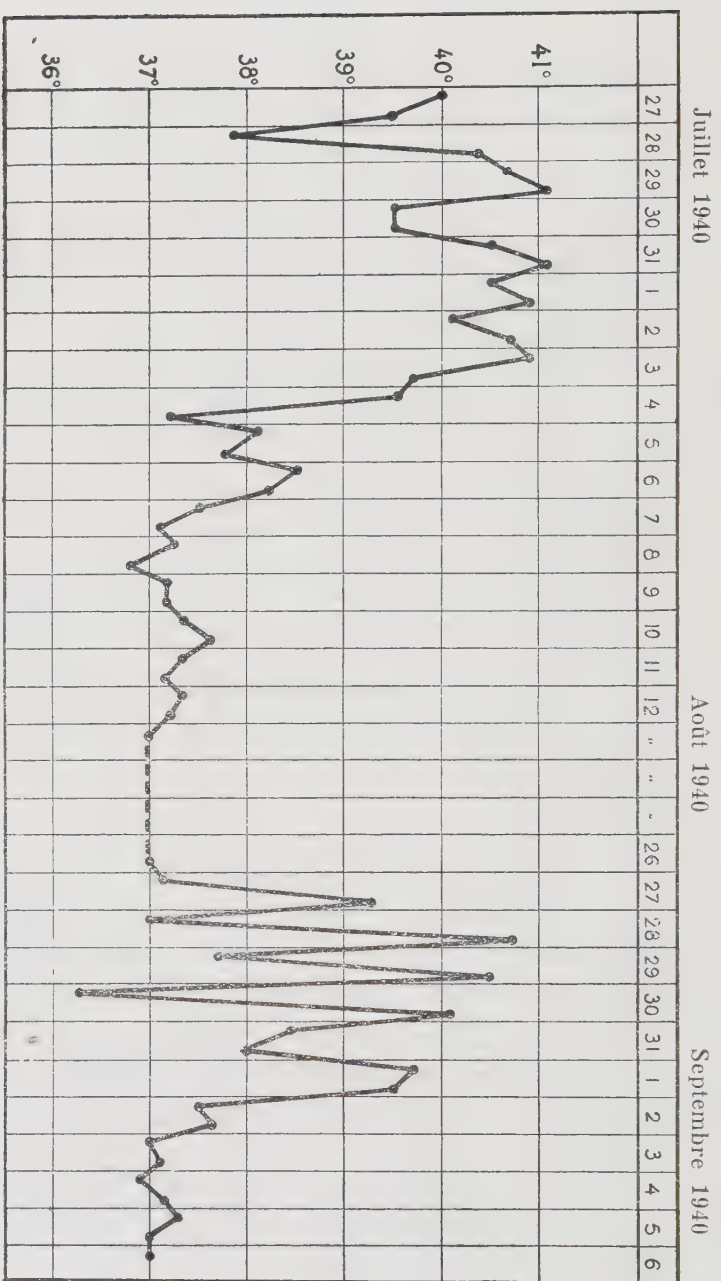
24 septembre. — L'enfant présente depuis plusieurs jours de nombreux abcès dont l'incision amène une forte quantité de pus. Eruption de varicelle ce matin. Examen pulmonaire négatif.

Une radiographie pratiquée aujourd'hui, montre un poumon droit complètement normal.

4 octobre 1940. — L'enfant quitte le service entièrement guérie.

Cette très intéressante observation mérite quelques commentaires. Elle nous montre que si la première pneumonie a évolué d'une façon normale, classique avec température en plateau et défervescence en deux temps au huitième jour, la rechute est un peu différente et tout en ayant une durée analogue et des signes radiologiques identiques, présente les particularités suivantes :

1) Elle a été décelée par du retentissement du cri avant tout autre signe clinique, alors qu'il existait seulement une ombre radiologique. Le début donc a été celui



OBSERVATION I. — Pneumonie à rechute : courbe thermique

d'une pneumonie silencieuse, forme bien étudiée dans la thèse de SAVOY.

2) Elle a présenté, au point de vue thermique, non un plateau, mais une température oscillante, réalisant le type pseudo-palustre.

3) L'état général de l'enfant a été beaucoup plus atteint au cours de la rechute.

En face de cette nouvelle atteinte on aurait pu parler de *récidive*, à cause de la guérison apparente, de la disparition complète des signes cliniques et radiologiques, de l'intervalle apyrétique assez long (trois semaines). Mais le fait que cette deuxième pneumonie, survenue durant la convalescence, siégeant au même endroit que la précédente, présentant les mêmes signes radiologiques, provoquée vraisemblablement par le même pneumocoque, nous autorise à affirmer qu'il s'agit d'une *rechute*. D'ailleurs, si radiologiquement, la première pneumonie pouvait être considérée comme guérie, rien ne nous prouve qu'anatomiquement le premier foyer ait été entièrement résolu. Il est donc logique d'admettre qu'il s'est agi du réveil d'une infection pneumococcique persistante, sous l'influence de causes que nous ignorons.

B) RECHUTES CLINIQUES

Elles présentent, d'une façon générale, les mêmes caractères, la même symptomatologie que les précédentes. Mais ici manque le contrôle radiologique. On ne peut donc affirmer avec certitude qu'il s'agit bien de rechutes. On le peut d'autant moins que, très souvent, après la défervescence, les signes physiques mettent assez longtemps à disparaître. Le souffle en particulier peut persister 10 et même 15 jours, les râles également. Que l'enfant, sous l'influence de causes que nous ignorons, fasse une élévation thermique à ce moment et nous aurons tous les signes cliniques d'une rechute.

Aussi convient-il d'adopter la plus expresse réserve envers les cas publiés comme étant des pneumonies à rechute. Dans les rechutes cliniques, il n'existe que des *signes de présomption*, la preuve radiologique faisant défaut.

OBSERVATION II

(BINZ, *Beobachtungen für innere Klinik*)

(in thèse M^{lle} KAMENSKY)

J. Sch..., 3 ans. Toujours bien portant.

Le 21 mars 1864 il est pris de toux violente. Grande agitation. Respiration courte, rapide, pouls ample à 120.

Face rouge, langue sèche, peau chaude et sèche. Vomissements.

La percussion dénote, en arrière, à droite, une matité circonscrite, pas très grande. Au même niveau, on entend la respiration rude, presque soufflante.

Le 22 mars. — La fièvre a un peu diminué. On constate

toujours de la matité et de la respiration bronchique avec des râles.

Le 23 mars. — La matité est diminuée, on entend toujours des râles.

Le 24 mars. — Apyrexie. L'enfant est beaucoup mieux. Il n'y a plus de matité. La respiration est exagérée, avec des râles humides au point malade.

Le 28 mars. — Dans l'après-midi, l'enfant est pris brusquement de toux et de fièvre. Mal de tête et absence d'appétit.

Les signes physiques comme le 21 mars.

Les jours suivants, la pneumonie suit la même évolution que la première fois. Vomissements intenses.

Le 1^{er} avril. — (Cinquième jour de la rechute, douzième de la maladie), l'enfant entre en convalescence.

Le 9 avril. — Réapparition des mêmes symptômes avec la même violence. Les mêmes signes physiques au même endroit. La pneumonie évolue comme les deux premières fois. L'enfant guérit très bien. On le suit pendant trois mois, il reste très bien portant. Le poumon malade est redevenu tout à fait normal.

OBSERVATION III

(HENOCH, *Beiträge zur kinderheilkunde*, 1868,
cité par TORDEUS, 1877)

Hermann Hausgen, âgé de 15 mois, est présenté à la Polyclinique le 16 janvier 1865 ; depuis le matin, on a constaté de la fièvre, de la dyspnée, de la toux. La percussion donne en avant et à gauche un son mat, qui s'étend de la clavicule au mamelon ; respiration indéterminée, pas de bronchophonie ; en arrière, son normal, quelques râles muqueux. Pouls 160 ; respiration 60. Tartre stibié (2 grains), sirop simple 3 onces ; toutes les deux heures une cuillerée à café.

Le 17, l'enfant a vomi quatre fois après avoir pris quatre cuillerées de la potion ; pas de selles ; la nuit a été plus calme ; fièvre et toux comme hier. Dans la fosse sus-épineuse, matité et bronchophonie. Calomel avec ipéca. Le 18, température considérablement abaissée ; toux intense ; respiration plus facile ; plusieurs selles. Percussion : en avant et à gauche, son moins mat, mais plus haut. Extrait de jusquiame 0,10 centigr. (2grains), eau d'amandes amères, 8 gouttes quatre fois par jour. Guérison en peu de jours.

Le 7 février. — L'enfant est retombé malade depuis hier ; toux, dyspnée, fièvre intense ; pouls 160, respiration 60. Coryza ; dans l'aisselle droite jusqu'à la quatrième côte, dans la fosse sus-épineuse et la partie externe de la fosse sous-épineuse, matité, respiration indéterminée et bronchophonie. Somnolence. Tartre stibié un grain, sirop 3 onces. Le 8, l'enfant a vomi quatre fois après avoir pris deux cuillerées de la potion ; fièvre moins forte ; toux intense. Infusion d'ipéca avec eau d'amandes amères. Le 19, même état ; le soir transpiration abondante qui a duré toute la nuit. Le 11, la fièvre a disparu, euphorie, toux plus facile. Le 13, matité faible dans la fosse sus-épineuse ; état général satisfaisant ; pas de médicament ; le 20, guérison complète.

OBSERVATION IV

(Dr TORDEUS, *J. de Méd., Chir., Pharm. de Bruxelles*, 1877)

Vers le milieu du mois de décembre, je fus appelé à donner des soins à une petite fille sur laquelle on me fournit les renseignements suivants :

Joséphine D., âgée de 7 mois, est allaitée par sa mère, femme d'une excellente constitution ; elle a un frère plus âgé qu'elle et qui jouit d'une bonne santé ; deux autres enfants sont morts, l'un, à la suite d'une laryngite exsudative, l'autre, de convulsions pendant la période de dentition (?).

Cette petite fille a toujours été bien portante jusqu'à la

fin du mois d'octobre 1876 ; à cette époque elle prit froid, commença à tousser et comme son état s'aggravait de jour en jour, on fit appeler un médecin, qui reconnut une pleurésie et prescrivit des vomitifs et l'application d'emplâtres sur la poitrine ; la maladie dura quatre semaines environ, puis l'enfant se remit complètement.

Lorsqu'on me fit venir le 14 décembre, on m'apprit que Joséphine D..., était retombée malade depuis trois jours ; la maladie avait débuté brusquement ; les symptômes constatés alors étaient de l'assoupissement, de la pâleur des téguments, puis de la fièvre, de l'agitation, de l'accélération de la respiration, et une toux sèche et pénible.

Je constate à mon tour que la température est augmentée (40° C), le pouls assez fort et fréquent (180), la respiration accélérée et superficielle (80), la toux est sèche et pénible et l'enfant contracte à chaque accès les traits du visage ; l'appétit est diminué, la soif vive ; il existe de la constipation depuis deux jours.

Me doutant de ce qui se passait, j'examinai la poitrine et je découvris en arrière, en bas et à gauche une matité assez étendue ; à l'auscultation j'entendis de la respiration bronchique, du retentissement du cri, tandis que de l'autre côté de la poitrine, la sonorité était normale et l'auscultation ne révélait que la présence des râles humides à bulles plus ou moins grandes. Prescription : infusion de polygala avec liqueur ammoniacale anisée. Tous ces symptômes persistèrent jusqu'au septième jour ; alors la fièvre tomba : temp. 37, respir. 40, pouls 120. L'agitation avait cessé ; la gaieté et l'appétit étaient revenus ; la toux était plus grasse et plus facile ; les symptômes du côté de la poitrine persistaient encore : outre la respiration bronchique, on entendait à gauche des râles humides à petites bulles. Le lendemain et les jours suivants la respiration bronchique tendait à disparaître ainsi que la matité ; le dixième jour, le bruit vésiculaire se faisait entendre de nouveau et il n'existait plus que des râles humides de grosseur variable dans les deux côtés de la poitrine.

L'infusion de polygala fut remplacée alors par une décoction de quinquina avec teinture d'ipéca ; en outre, la malade prenait trois fois par jour quelques gouttes de malate de fer. Mise au sein toutes les deux heures.

L'enfant se trouvait donc en pleine convalescence lorsque le 29 décembre, on me fit venir de nouveau. La petite fille, me dit-on, avait été bien jusqu'à cette époque, toutes les fonctions s'exécutaient normalement, lorsque, tout d'un coup, le matin, elle était redevenue malade, la peau était pâle et cyanosée par moments, la respiration fréquente, la toux sèche et intense ; il y avait eu des vomissements qui s'étaient répétés deux fois. J'examine la poitrine et je trouve dans le lobe inférieur gauche les mêmes signes que la première fois : matité, respiration bronchique et râles crépitants ; de plus je constate une élévation de la température à $39\frac{1}{2}$ C ; respiration accélérée 80, pulsations 200.

J'eus de nouveau recours aux stimulants et, en vue d'abaisser la température, je fis prendre le soir deux paquets de sulfate de quinine à 10 centigr. chaque ; malheureusement le médicament fut rejeté ; j'insistai sur les excitants et je recommandai de donner dans la journée un peu d'eau rougeie, afin de soutenir les forces de la malade.

Tous les symptômes locaux et généraux se maintinrent dans le même état jusqu'au neuvième jour ; alors la fièvre cessa, la respiration devint plus libre, la toux plus facile, le pouls moins fréquent, bref, tous les symptômes généraux s'étaient considérablement amendés ; toutefois la faiblesse était grande et l'amaigrissement notable. Du côté de la poitrine, la matité persistait ainsi que la respiration bronchique ; on entendait en outre des râles sous-crépitaux. Quinquina et ferrugineux. Ce ne fut que le quatorzième jour que les signes d'infiltration pulmonaire disparurent complètement ; mais les râles humides dans les deux côtés du thorax existaient encore ; le 15 janvier le catarrhe des bronches s'était de beaucoup amélioré ; l'enfant était bien portante du reste ; je lui fis prendre quelques cuillerées d'huile de foie de morue, qu'elle digérait bien. Au commencement du mois de

mars j'ai revu cette intéressante malade, les poumons sont sains ; on entend toutefois encore quelques râles muqueux des deux côtés ; l'embonpoint est revenu ; il y a deux dents à la mâchoire inférieure, signe manifeste que la nutrition est en progrès.

OBSERVATION V

(TORDEUS, *Journal de la Soc. des Sciences méd. et nat. de Bruxelles*, 1888)

Je suis appelé le 2 juillet dernier auprès de Madeleine R..., âgée de 8 ans. Cette enfant qui a toujours joui d'une bonne santé, à part quelques accès de fièvre éphémère, est tombée brusquement malade le 30 juin dans la soirée ; frissons et vomissements, puis fièvre intense. La mère crut alors encore à l'existence d'une fièvre éphémère, mais comme l'affection persistait plus longtemps que de coutume et qu'il existait d'autres phénomènes morbides (toux, douleur dans le côté), elle résolut de me faire venir. Je trouvai la malade en proie à une fièvre violente, se plaignant de douleurs dans le côté droit et dans le ventre ; la respiration était fréquente, le pouls accéléré et fort ; une toux sèche, opiniâtre, tourmentait l'enfant et l'empêchait de dormir. Anorexie, soif exagérée, constipation.

La palpation du thorax permettait de constater, à droite et en arrière, une exagération des vibrations thoraciques ; la percussion dénotait la présence d'une matité assez étendue du lobe inférieur du poumon droit. A l'auscultation, retentissement du cri, respiration bronchique et quelques bouffées de râles crépitants pendant les inspirations profondes ; à gauche, bruit vésiculaire exagéré.

Diagnostic : Pneumonie droite, inférieure.

Traitement : Enveloppements de linges trempés dans l'eau tiède. Infusion d'ipéca avec extrait de jusquiame, lait et bouillon.

3 juillet. — La nuit a été assez agitée ; cependant la toux est moins violente ; la douleur de côté a diminué. La malade a eu une selle à la suite de l'administration d'un lavement simple ; même état du côté de la poitrine.

4 juillet. — La nuit a été meilleure. Des râles sous-crépittants abondants se font entendre, en même temps que de la respiration bronchique dans la partie postérieure du côté droit ; la matité persiste.

5 juillet. — La fièvre est tombée. Etat général satisfaisant ; l'appétit se réveille ; l'enfant est plus gaie. Mêmes signes physiques.

Décoction de quinquina et teinture d'ipéca.

A partir de ce jour, la malade n'a plus eu de fièvre, la toux est devenue grasse et facile.

11 juillet. — L'enfant, qui est restée levée depuis plusieurs jours pendant une bonne partie de la journée, va de mieux en mieux. La matité a disparu ; les râles ont cessé de se faire entendre, seule la respiration est encore un peu rude.

Le 15 juillet, on me fait venir de nouveau ; on me dit que l'enfant a eu la veille dans l'après-midi des frissons suivis de chaleur intense ; elle tousse beaucoup et se plaint de douleurs dans le côté droit. L'appétit a complètement disparu depuis hier.

Je constate une forte dyspnée (40 respirations), une exagération de la température : 39°,9. Matité à droite, en arrière, occupant toute la fosse sous-épineuse. Respiration bronchique intense.

16 juillet. — Nuit assez agitée ; mais l'accablement est moins prononcé que lors de la première atteinte ; dans la matinée surtout, l'enfant est relativement bien ; elle est assez gaie et s'occupe de différents petits travaux manuels ; mais, dans l'après-midi, elle devient pâle, se plaint de frissons, suivis au bout d'un certain temps de chaleur intense ; même état local.

Température : matin 39°,2, soir 40°,6. Infusion d'ipéca et extrait de jusquiame ; compresses tièdes sur la poitrine.

17 juillet. — Nuit meilleure ; toux moins opiniâtre et moins sèche. Abondante transpiration dans la soirée. Respiration bronchique accompagnée de râles humides à bulles moyennes. Dans l'après-midi, état moins satisfaisant ; pâleur de la peau, frissons, puis chaleur et rougeur ; transpiration copieuse.

Température : matin 38°,6 ; soir 39°,9.

18 juillet. — L'abdomen et la poitrine sont recouverts d'une éruption miliaire (*miliaria cystina*) extrêmement abondante. Température : matin 39°,1 ; soir 39°,8.

19 juillet. — Même état général et local. Température : matin 37°,8 ; soir 39°,8.

20 juillet. — La malade accuse du bien-être dans la matinée ; elle joue avec un certain entrain et mange avec plaisir les aliments qu'on lui permet ; mais dans l'après-midi, elle a froid, devient pâle et plus tard la température s'élève et l'abattement se montre. Température : matin 37° ; soir 39°,2.

21 juillet. — Température : matin 36°,7 ; soir 40°,5.

22 juillet. — Apyrexie ; temp. : matin 36°,7 ; soir 37°,6. La matité a presque disparu ; le souffle est moins intense ; quelques râles à bulles moyennes.

23 juillet. — Température : matin 37° ; soir 37°,6.

24 juillet. — Etat général des plus satisfaisants ; même état local. Température : matin 36°,8 ; soir 37°,2.

30 juillet. — Les deux poumons fonctionnent normalement. Quelques jours après, la guérison était complète.

Nous avons envisagé ce cas comme un exemple de pneumonie à rechute, dont la seconde atteinte mérite le nom de pneumonie intermittente.

OBSERVATION VI

(LEROUX H., *Bulletin de la Société de Pédiatrie de Paris*,
13 novembre 1900)

Dans le mois de février dernier, j'ai été appelé pour voir dans ma clientèle un enfant de 2 ans et demi, souffrant depuis 24 heures. C'était un gros et très vigoureux garçon doué d'un robuste appétit et que je n'avais eu l'occasion de soigner l'an passé que pour une très légère coqueluche.

A mon premier examen, le 9 février après-midi, je constatai une température élevée : 40°3, la respiration courte, mais je ne trouvais aucun des signes attestant l'existence d'une pneumonie soupçonnée. Le lendemain matin, je pus entendre un souffle très limité au sommet droit en arrière ; du 9 au 16, la fièvre resta très élevée, abaissée seulement par un lavement vespéral d'antipyrine de 1 gr. 50 qui calmait l'enfant et lui permettait de dormir ; pendant cette période, les signes physiques descendaient peu à peu du sommet à la base — signes très nets : matité, souffle, râles crépitants — et à mesure que la matité s'étendait en bas, elle se réduisait en haut. Les 17 et 18 février, la fièvre baissa, les signes locaux se réduisirent.

Je croyais à la guérison imminente, quand, sans aucun motif appréciable, sans qu'aucune complication survint, la fièvre remontait le 19 au soir, le pouls s'élevant à 180 pulsations, la respiration à 70, et en même temps je retrouvai au sommet droit dans la fosse sus-épineuse et un peu la fosse sous-épineuse, les signes du retour offensif de la pneumonie ; on les percevait aussi, mais très affaiblis, sous la clavicule. Depuis le 19 jusqu'au 25, dernier jour d'hyperthermie, la lésion pulmonaire resta cantonnée au sommet droit, sans avoir la marche serpentineuse de la première poussée.

Cette observation publiée par H. LEROUX sous le titre : *Note sur deux cas de pneumonie prolongée chez des enfants* est reproduite dans la thèse de Marcel RANCHER

sous la dénomination de « pneumonie serpigineuse régressive ». Il est à noter que le deuxième foyer d'hépatisation est survenu au niveau de l'ancien alors que celui-ci était en pleine voie de résolution. L'enfant d'autre part était en état d'apyrexie depuis deux jours. Ce cas correspond donc exactement à la conception que nous nous faisons de la pneumonie à rechute et nous le considérons comme tel.

OBSERVATION VII

(RAYBAUD, *Marseille-Médical*, 1902, in thèse RANCHER, 1904)

Verd... Jules, âgé de 3 ans, entre le 22 septembre 1900 dans le service de M. le Professeur d'Astros, salle Argenti, N° 15. L'enfant est au quatrième jour de sa maladie ; on constate un foyer de pneumonie au sommet droit, matité, souffle et râles fins dans la fosse sus-épineuse, dyspnée assez marquée. L'enfant a de la diarrhée fétide.

Otorrée ancienne à gauche. La température présente de grandes oscillations : 40°,2-39°,7 le soir, 37°,5 le matin ; le 24 septembre elle ne s'élève pas au-dessus de la normale, tandis que les signes d'auscultation persistent encore ; le 25, poussée vespérale à 38°,4. La défervescence est complète à partir du 26 septembre, huitième jour de la maladie. A cette date, l'auscultation ne révèle plus que quelques râles de retour qui disparaissent bientôt, la *restitution ad integrum* paraît parfaite.

La convalescence évoluait normalement et l'enfant paraissait complètement rétabli, lorsque, le matin du 5 octobre, on relève une température de 40°,7. L'enfant ne se plaint d'aucun malaise ; l'examen de l'appareil respiratoire ne fait découvrir aucun réveil des lésions du sommet droit ni aucune lésion nouvelle ; les autres appareils fonctionnent

normalement. La température baisse, le soir à 39°,1 et le lendemain à 37°,2, sans qu'on ait pu mettre en lumière la cause de cette brusque poussée fébrile.

Le 8 octobre, après deux jours d'apyrexie, la fièvre s'élève encore, le soir à 39°,6. La respiration est normale à droite, un peu rude à la base gauche. Le 9, pas de fièvre ; le 10, température vespérale de 40°,4 ; il n'y a toujours que de la rudesse respiratoire à gauche. L'enfant a, en outre, de la diarrhée jaune très fétide. Le même état persiste les jours suivants ; la courbe thermique prend le type des grandes oscillations, atteignant le soir jusqu'à 40°,7 et retombant le matin à 37°, mais avec des irrégularités, journées entières d'apyrexie ou bien défervescence matinale incomplète.

La quinine ne modifie nullement la température. L'enfant tousse peu ; l'auscultation des poumons révèle toujours de la rudesse à la base gauche, mais rien de plus. Les troubles digestifs persistent : langue légèrement saburrale, diarrhée avec aspect lientérique des matières.

Le 20 octobre, les signes pulmonaires s'accroissent, la respiration est soufflante dans tout le poumon gauche, à la pointe de l'omoplate on entend des râles fins, éclatant en bouffées dans les grandes inspirations ; submatité à la percussion du côté gauche. Du côté droit, la respiration est normale. La toux est rare, la suffocation peu marquée. La température forme un plateau à 39°,7-39°,8 pendant deux jours, le 20 et le 21 octobre. Le 22 octobre la température baisse aux environs de 38° et les signes d'auscultation s'atténuent.

Le 23 octobre, la défervescence est complète ; il n'y a plus de râles. Le 24, poussé fébrile à 39°,4 sans répercussion sur le poumon ; dès le lendemain la température revient à la normale. Du 25 au 31, la courbe thermique demeure encore irrégulière, s'élevant parfois à 38°, et même à 39°, mais les signes pulmonaires ont absolument disparu.

Le 1^{er} novembre, l'enfant arrive à l'apyrexie définitive : on note même, le 3, une température hypothermique à 36°,5 (rectale). Le petit malade qui avait été très abattu par cette

période fébrile commence à devenir plus vif et plus gai. L'appétit revient rapidement et l'on ne constate plus de troubles digestifs. L'examen des poumons ne révèle plus aucun signe qui puisse faire redouter la permanence de quelque lésion chronique et la guérison est parfaite lorsque l'enfant quitte l'hôpital le 18 novembre.

« Il s'agit ici d'une pneumonie à rechute, ayant déterminé un premier foyer au sommet droit, un second dans le lobe inférieur gauche, évoluant avec un type de fièvre rémittente plutôt qu'intermittente, irrégulière, de longue durée, non influencée par la quinine, répondant en somme au 3^e type de Berhend » (RAYBAUD).

OBSERVATION VIII

(M. le Professeur WEILL de Lyon, in thèse RANCHER, 1904)

La nommée G., Antoinette, âgée de 8 ans, rentre le 12 mai 1894 dans le service de M. le Professeur WEILL, salle Saint-Ferdinand, lit n° 26.

A. H. — Père et mère bien portants. Un frère et une sœur bien portants.

A. P. — Rougeole à 6 ans. Pas de coqueluche. La petite a été abandonnée par son père et sa mère depuis 2 ans et placée dans une providence, en sorte que les renseignements manquent sur la première enfance.

La petite se portait très bien lorsqu'elle est tombée brusquement malade il y a 4 jours. Elle a été prise vers le soir de céphalée et de vomissements ; en même temps elle se sentait mal au cœur avec de la faiblesse générale, de la courbature et des douleurs dans les jambes.

Elle n'a pas eu de diarrhée pendant ces quatre jours ni de douleurs abdominales.

Elle tousse un peu depuis le début, la toux est sèche, peu fréquente, non quinteuse.

Pas d'expectoration.

A l'examen on constate une langue sèche et rouge, la petite malade se plaint d'une soif très vive.

Aux poumons : matité au sommet droit en avant et en arrière ainsi que dans l'aisselle.

En arrière la matité se prolonge jusqu'en bas. Les vibrations sont augmentées à ce niveau.

A l'auscultation on entend un souffle tubaire très intense au deuxième temps de la respiration en avant, dans l'aisselle et en arrière jusqu'en bas.

On n'entend pas de râles crépitants fins. Du côté gauche on a un peu de propagation du souffle vers le sommet, mais pas d'autres signes d'auscultation. La respiration s'entend bien dans toute la hauteur. Respiration : 72, courte et régulière.

Interrogée sur le début de la maladie, la petite ne se rappelle pas avoir eu de points de côté ; elle accuse seulement une douleur à la région précordiale.

Elle se souvient bien avoir eu des frissons ces jours-ci et encore aujourd'hui.

Au cœur, la pointe bat dans le 4^e espace. Pas de souffle. Les bruits sont rapides et réguliers. Pulsations : 160. Peu de douleurs abdominales. La région hépatique semble un peu sensible à l'exploration. Matité : 7 cent.

Pas de matité splénique. Céphalée persistante. Faciès rouge, vultueux, les deux pommettes sont également colorées. Température 40°,4, pas de délire.

13 mai. — Ce matin la matité persiste en avant dans l'aisselle et surtout en arrière dans toute la hauteur du poumon droit. A l'auscultation le souffle est beaucoup moins intense en avant, on l'entend cependant encore tout à fait sous la clavicule et au sommet de l'aisselle. En arrière il persiste dans presque toute la hauteur.

On trouve ce matin un foyer de râles crépitants au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate.

Matité hépatique : 8 cent. Matité splénique : 5 1/2 cent. Respirations : 68. Pulsations : 132.

14 mai. — La température se maintient toujours autour de 40. L'état général se maintient. En avant, mêmes signes :

qu'hier, en arrière, persistance de la matité et du souffle dans toute la hauteur. Vers la base on trouve un foyer de râles crépitants fins inspiratoires. Du côté de l'aisselle, les râles deviennent plus gros et prennent le caractère des râles de retour.

Matité hépatique : 8 cent. Matité splénique : 5 cent. 1/2. Pulsations : 132. Respirations : 68.

Les urines sont troubles et contiennent une assez grande quantité d'albumine.

15 mai. — Persistance des mêmes signes qu'hier. Les râles crépitants fins ont disparu ; on trouve de gros râles inspiratoires à la place. Un foyer de râles plus fins au sommet de l'aisselle.

16 mai. — La défervescence a eu lieu hier soir. Ce matin la température est normale.

Pouls : 88. Respirations : 68. Matité hépatique : 8 cent. Matité splénique : 5 cent. 1/2.

Mêmes symptômes pulmonaires.

18 mai. — La malade qui avait eu sa défervescence est remontée hier à 11 heures du matin à 40°.

19 mai. — La malade continue à avoir des oscillations de température, elle se sent bien comme état général et demande à se lever. A l'auscultation, le souffle persiste seulement en arrière au sommet dans la fosse sus-épineuse, au-dessous, on entend des râles jusqu'en bas et aussi dans l'aisselle, mais ils sont moins nombreux. Rien en avant.

23 mai. — Depuis hier la petite malade n'a plus d'oscillations de température. Celles-ci n'ont d'ailleurs jamais été élevées, 39°,4 au maximum. Hier la température s'est élevée seulement à 38°,1. Elle va très bien et se lève une partie de la journée.

26 mai. — La petite va très bien. Localement, il n'y a pas de différence de sonorité sensible en arrière ; en avant elle est peut-être légèrement diminuée du côté droit. A l'auscultation ni râle ni souffle ; on entend seulement un peu moins bien la respiration du côté droit que du côté gauche dans

les deux tiers supérieurs du poumon en arrière ; dans le tiers inférieur, il n'y a pas de différence. En avant on a aussi un peu d'obscurité de la respiration du côté droit ainsi qu'au sommet de l'aisselle.

Elle tousse encore un peu, mais reste levée toute la journée. Du sang recueilli avec les précautions aseptiques d'usage, a étéensemencé le 22 mai sur bouillon et sur gélose. Les cultures sont restées négatives ; on n'a pas retrouvé le pneumocoque à l'examen microscopique.

7 juin. — Rate : 5 cent. Foie : 6 cent.

Encore un peu d'obscurité respiratoire.

8 juin. — La malade part.

OBSERVATION IX

(AUDÉOUD H., *Rev. méd. de la Suisse Romande*, 1905, Genève)

Un garçon de 10 ans, habituellement bien portant, est pris subitement, le 25 janvier 1905, après une partie de luge, d'un violent point de côté à gauche. Peu à peu se développent les signes d'une pneumonie franche de la base du poumon gauche ; nous constatons de la matité, des râles sous-crépitaux fins, puis du souffle tubaire. La température oscille entre 38°,6 et 40°,3, suivant la courbe classique. Une otite suppurée double complique la situation, mais la caractéristique de cette première atteinte est un délire continu du 1^{er} au 7^e jour avec ataxo-adynergie intense, le malade voulant se lever et ayant constamment des hallucinations, de la vue surtout. Il ne s'alimente absolument pas, refusant même de boire malgré une forte fièvre, d'où fuligo assez marqué malgré l'hygiène de la bouche. La situation ne paraît pas sans gravité, heureusement le cœur va bien ; le pouls ne dépasse pas 120, la respiration 60 et l'urine ne contient pas d'albumine. Le traitement consiste en bains tièdes, maillots, cataplasmes sinapisés, ventouses sèches, limonade phosphorique, inhalations d'oxygène, hygiène générale et locale des voies respiratoires.

Du 6^e au 8^e jour, crise avec défervescence en deux fois, d'abord de 40°,1 à 38°,2, puis de 39°,3 à 35° ; malgré cette

chute de plus de 5 degrés, il n'y a ni collapsus ni lipothymie comme on aurait pu le craindre à cause de l'état général. L'appétit revient rapidement et le malade s'alimente, heureusement pour lui, comme le montre la suite des événements: Les signes physiques s'amendent le 9^e jour, gros râles de retour et la perméabilité pulmonaire se rétablit. Le 14^e jour nous constatons le matin quelques frottements pleuraux, mais le patient ayant eu 6 jours d'apyrexie semble hors d'affaire. Il n'en est rien.

Le soir même de ce 14^e jour, survient un point de côté et la température remonte en oscillations ascendantes; tous les signes d'une nouvelle pneumonie se montrent au même endroit, matité, râles, souffle, etc. La fièvre progresse pendant 6 jours, ce qui représente depuis le 2 février une augmentation continue de la température pendant 12 jours de 35° à 40°,4; cela donne à la courbe une forme particulière qui contraste singulièrement avec le tracé de la première pneumonie. Au 6^e jour de cette deuxième atteinte apparaît un érythème scarlatiniforme passager sur le tronc et les membres. La crise se fait bien du 6^e au 8^e jour; la température tombe de 40°,4 à 37°; le 9^e jour râles de retour, puis le souffle disparaît et tout rentre dans l'ordre. Cette deuxième pneumonie a évolué avec un excellent état général sans délire ni ataxo-adynamie.

Mais ce n'est pas la fin; en effet, le 24 février, après 9 jours d'intervalle, soit le trentième jour depuis le début, troisième pneumonie, de la base gauche, ébauchée seulement, il est vrai. La fièvre ne dure que deux jours, mais la maladie en compte quatre. Elle commence par un nouveau point de côté suivi de râles sous-crépitaux fins et d'un souffle tubaire dans la même région que précédemment. Après la défervescence apparaissent des frottements pendant quelques jours, puis l'état du poumon se rétablit bien. L'état général s'est maintenu satisfaisant. Le garçon entre en convalescence définitive; il est guéri le 8 mars, 42^e jour de sa maladie.

« Ainsi donc, contrairement à ce qui a lieu d'ordinaire dans les pneumonies à rechutes, ces trois atteintes ont eu une gravité décroissante ; forme ataxo-adynamique pour la première, forme ordinaire de 7 jours pour la deuxième, forme ébauchée de 4 jours pour la troisième. Il semble qu'il est resté dans ce lobe inférieur gauche des pneumocoques en quantité suffisante pour rallumer l'incendie après 6 et 9 jours, mais d'autre part le terrain s'est montré de moins en moins favorable à leur culture et à la production de toxines » (AUDÉOUD).

OBSERVATION X

(Jean CATHALA, *Bull. et mém. de la Soc. méd. des Hôp. de Paris*, 25 mai 1928)

Entré salle Bazin, le 17 janvier, au troisième jour de sa maladie, G.. Maxime, 2 ans 1/2, a fait sous nos yeux une pneumonie franche aiguë nettement identifiée par les signes physiques caractéristiques d'un foyer occupant les deux tiers inférieurs du poumon droit. Ces signes, matité, souffle tubaire, râles crépitants, étaient au complet dès le cinquième jour de la maladie. Les symptômes fonctionnels et généraux étaient intenses (température à 40°, pouls rapide, agitation, dyspnée, toux), mais non point hors de proportion avec ce qu'il est habituel d'observer dans la pneumonie de l'enfance. La défervescence cependant se faisait attendre. Au dixième jour une ascension thermique à 41° avec recrudescence des phénomènes généraux nous faisait croire à l'exacerbation précritique, et ne nous inquiétait pas outre mesure. La défervescence escomptée ne se produisit pas, mais si les signes physiques ne se modifiaient ni dans le sens d'une évolution à la suppuration du foyer, ni dans celui d'une complication pleurale, l'état général devenait grave ; l'adynamie, la pâleur, la tuméfaction du foie nous donnaient des inquiétudes sérieuses. Pour essayer de provoquer la crise salutaire qui tardait à se produire, nous nous laissâmes entraîner à faire des injections intramusculaires d'électrargol, puis au seizième

jour des injections de Weill et Dufourt. La défervescence s'ébaucha le jour même de cette première injection, puis après une reprise fébrile se compléta pour atteindre 37°,1 le dix-huitième jour. Fait important à noter : cette défervescence ne fut pas accompagnée des symptômes d'une crise franche.

Cependant du 2 au 11 février (19^e au 28^e jour de la maladie) malgré une température qui ne descendit jamais au-dessous de 37°, nous croyions légitime d'escompter une guérison acquise. Le foyer pulmonaire droit se nettoyait, ses signes physiques s'effaçaient progressivement et nous pouvions commencer à réalimenter l'enfant encore très affaibli par cette longue maladie.

Le 12 février (29^e jour de la maladie) la température remontait brutalement, les signes fonctionnels permettaient de reconnaître une rechute et le 14 on trouvait les signes indiscutables d'un foyer de pneumonie gauche (côté opposé à la première pneumonie), foyer de la base beaucoup moins étendu que le premier. L'état ataxo-adyynamique de l'enfant, agité, asthénique, la dyspnée excessive, la pâleur, les vomissements, tout nous faisait craindre qu'il ne fût plus en état de faire les frais de la rechute. Au quatrième jour de l'évolution de ce second foyer, nous n'osions différer l'emploi du vaccin de Weill et Dufourt qui dans le premier épisode avait peut-être favorisé la défervescence. Le lendemain matin la température était à 36°,5, en une chute verticale de 4°,2. Cette fois il y avait une crise franche et après une réascension éphémère à 38°, une température régulière à 37° était acquise. L'enfant restait pâle et fatigué mais la modification brusque et totale dans l'état de l'enfant était vraiment caractéristique de la guérison.

C) RECHUTES THERMIQUES

Elles se distinguent des précédentes par l'absence de signes radiologiques et cliniques. HAUSHALTER en 1900 présenta à la *Société de Médecine de Nancy*, le tracé thermique d'un enfant de 10 ans qui venait de terminer sa septième rechute de pneumonie. Chacune de ces rechutes était séparée de la précédente par deux jours d'apyrexie en moyenne.

Il semble que l'on puisse faire rentrer dans cette catégorie de faits la pneumonie rudimentaire à rechute de D'ESPINE et la pneumonie à reprises de JACCOURD. Cette dernière variété est caractérisée par plusieurs chutes de température. A chaque reprise les signes fonctionnels reparaissent, les signes physiques indiquant que la lésion *a progressé* pendant les intervalles d'apyrexie.

Nous avons récemment observé un cas typique de rechute thermique : c'est l'observation que l'on va lire.

OBSERVATION XI

B.. Marie-Joséphine, âgée de 2 ans, envoyée dans le service pour signes de bronchite, le 21 mars 1941.

Pas d'antécédents héréditaires ou collatéraux.

Il y a deux mois, elle a eu la rougeole qui a guéri sans complications.

L'affection actuelle date d'environ huit jours. Elle a commencé par de la toux et un écoulement nasal assez abondant. Depuis trois jours, la température s'est élevée d'abord à 39° puis à 39°,5. La nuit dernière un vomissement est survenu à la suite d'une quinte de toux.

A l'entrée, il s'agit d'une enfant présentant un bon état général, aux pommettes colorées, dyspnéique, dont la température atteint 40°,4.

A l'examen pulmonaire, la percussion est négative. L'auscultation fait entendre de gros râles de bronchite disséminés dans les deux poudons. On n'entend pas de souffle, pas de retentissement du cri.

A la radioscopie on aperçoit au niveau du hile droit, une zone de condensation pulmonaire. La radiographie montre la même image. Il s'agit sans nul doute d'une pneumonie hilaire. On prescrit 1 gr. 50 de Dagénan par jour.

24 mars. — Chute de la température à 36°,8.

25 mars. — Température remonte à 40°,2.

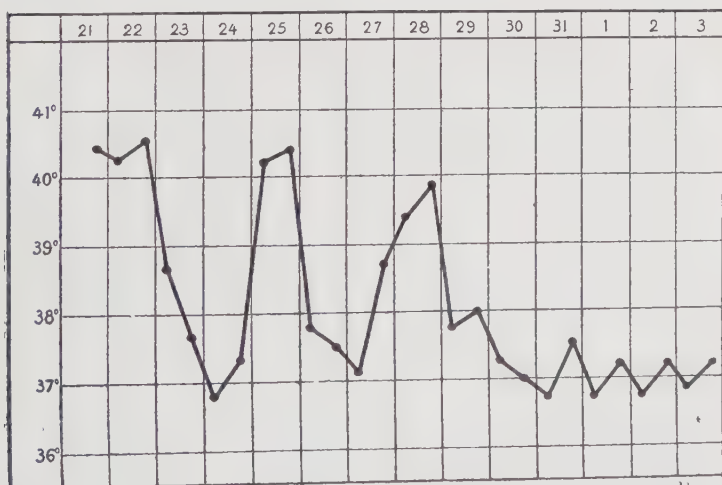
27 mars. — Chute de la température à 37°,1.

Au point de vue clinique : matité de la base droite qui ne tourne pas dans l'aisselle. Souffle tubaire à ce niveau et gros râles sous-crépitaats.

30 mars. — Défervescence définitive. La température est tombée de nouveau à 37°.

4 avril. — L'enfant va bien. La matité et le souffle ont disparu. Persistance de quelques râles. Plus de température.

10 avril. — L'enfant part en convalescence.



OBSERVATION XI. — Chutes de la température au cours d'une pneumonie hilaire droite.

Il s'est agi d'une pneumonie hilare droite dont les signes physiques sont apparus bien après le début réel de la maladie. Cette pneumonie évolua durant 8 jours au cours desquels la température présenta deux chutes successives avant la chute définitive, comme on peut le voir d'ailleurs sur le tracé thermique. Les périodes d'apyrexie duraient de 36 à 48 heures.

De tels faits semblent assez fréquents. Quoique s'écartant beaucoup des rechutes vraies, puisque en somme il ne s'agit que d'une seule et même pneumonie, nous avons tenu à les signaler.

D) RECIDIVES

Nous avons vu que par définition la récurrence « c'est la réapparition de la maladie après le rétablissement complet de la santé au bout d'un laps de temps indéfini qui, quelquefois, se compte par années ».

Leur symptomatologie et leur évolution sont celles d'une pneumonie franche ordinaire. Quant à leur localisation, elle est très variable. C'est une erreur de croire que la pneumonie récidive toujours au même endroit. Sur 7 observations de récurrence que nous possédons, la récurrence a eu lieu respectivement : 2 fois au même endroit ; 2 fois au même poumon mais en des lobes différents et 3 fois au poumon opposé.

La récurrence s'écarte de la rechute sur deux points : son évolution dans le temps et sa plus grande fréquence. Au lieu d'apparaître durant la convalescence elle survient

après la guérison définitive, plusieurs mois ou plusieurs années après. Sa fréquence est également plus grande. Alors que la rechute est extrêmement rare, la récidive au contraire constitue un fait banal.

La récidive peut affecter toutes les formes cliniques de la pneumonie. Elle peut même s'accompagner de rechute ; nous n'en avons toutefois pas d'exemples.

OBSERVATION XII

D... Eliane, âgée de 5 ans 1/2. Rentre dans le service, le 2 mai 1936.

Sa mère a eu une pleurésie à 11 ans et l'année dernière on a constaté la présence de B. K. dans ses crachats.

Quant à elle, à 1 an, elle a eu une broncho-pneumonie et à 4 ans la rougeole.

L'affection actuelle date du 29 avril. Elle a débuté par une ascension thermique à 40° et de la dyspnée.

A l'entrée : Enfant présentant un bon état général, température autour de 38°, pas de dyspnée, toux légère.

A l'examen pulmonaire : Submatité légère du sommet droit.

A l'auscultation : Souffle tubaire net dans la région sus-épineuse droite ainsi qu'en avant dans la région sous-claviculaire.

Respiration sensiblement normale dans le reste des deux champs pulmonaires.

A la radiographie : Zone d'hépatisation du sommet droit ayant vaguement la forme d'un triangle à base axillaire.

4 mai. — Défervescence, la température est à 37°.

13 mai. — L'enfant quitte le service allant bien.

4 décembre 1940. — L'enfant est ramenée dans le service. Depuis 4 jours elle présente de la toux, un point de côté à droite, des crachats hémoptoïques et une température à 39°.

A l'entrée : Toux assez violente, légère dyspnée, température à 40°.

A l'examen pulmonaire : Matité du sommet droit, augmentation des vibrations à ce niveau.

A l'auscultation : Quelques râles crépitants, souffle tubaire assez accentué.

La radiographie montre qu'il s'agit d'une zone d'hépatisation intéressant le lobe supérieur du poumon droit, partiellement triangulaire.

6 décembre : Déferescence, la température est tombée à 37°,4.

9 décembre. — Disparition des signes pulmonaires. On entend seulement quelques râles de retour.

Il s'agit d'une récurrence ayant occupé approximativement la localisation du foyer du 4 mai 1936, et sans rapports probables avec la première pneumonie.

OBSERVATION XIII

F... Louise, âgée de 2 ans, est hospitalisée dans le service le 1^{er} décembre 1928.

Rien à signaler dans ses antécédents héréditaires ou personnels.

L'affection actuelle a débuté il y a environ 15 jours sous l'apparence d'un rhume banal. Puis sont apparus une température élevée à 40° et une dyspnée considérable.

A l'entrée : Enfant pâle, agitée, température à 39°,2.

A l'examen pulmonaire : Submatité du sommet droit avec gros souffle tubaire à ce niveau. Râles diffus dans le reste du poumon.

La radioscopie montre une zone d'hépatisation pulmonaire siégeant au sommet droit.

3 décembre : Déferescence complète.

Le 8 janvier 1929 l'enfant part dans sa famille complètement guérie.

30 décembre 1929. — L'enfant revient dans le service ayant eu, entre temps, la rougeole au mois de mai.

Sa maladie actuelle a débuté le 26 décembre au matin par une brusque élévation thermique à 40°,2, de la dyspnée et des vomissements.

A l'entrée elle présente une toux sèche, se plaint d'un point de côté à gauche, la respiration est difficile : on constate un peu de tirage.

A l'examen pulmonaire : Submatité de la base gauche en arrière, ne tournant pas dans l'aisselle.

A l'auscultation : nombreux râles crépitants à la base gauche et souffle très intense à ce niveau.

La radioscopie montre une zone d'hépatisation de la base gauche.

2 janvier 1930. — Déferescence se produit ; la température est tombée de 39°,5 hier soir à 37°,6 ce matin.

12 janvier 1930. — L'enfant part en convalescence.

Il s'agit d'une récurrence de pneumonie, survenue un an après la première et siégeant à un endroit différent.

Diagnostic

Le diagnostic des rechutes entre elles a été fait au fur et à mesure de leur description. Il est donc inutile d'y revenir.

Plus difficile et peut-être plus important est le diagnostic entre, d'une part les rechutes, d'autre part, les diverses formes de la pneumonie, les complications pulmonaires ou extra-pulmonaires des pneumococcies.

I. DIAGNOSTIC AVEC LES AUTRES FORMES DE PNEUMONIES

a) *Pneumonie progressive ou migratrice*

C'est avec cette forme de pneumonie que la rechute risque le plus souvent d'être confondue. En effet, la caractéristique de la pneumonie progressive est sa tendance à l'extension, le foyer d'hépatisation s'élargit graduellement, envahit d'une façon continue les parties avoisinantes ou même les lobes adjacents. Il en résulte que les signes physiques sont en pleine résolution à un endroit, alors qu'ils se manifestent dans toute leur ampleur dans un autre. La défervescence est généralement retardée et l'affection prend l'allure d'une pneumonie prolongée.

Mais si cette forme présente plusieurs foyers en des lieux différents, comme dans certaines pneumonies à rechute, il n'existe pas, comme dans ces dernières, un intervalle apyrétique. La fièvre est au contraire *continue*, et s'il arrive d'observer dans certains cas une chute thermique, il ne s'agit que de rémissions passagères dépassant rarement 12 ou 24 heures et ne présentant jamais les caractères d'une défervescence franche et brutale.

b) *Pneumonie prolongée*

Par définition, la pneumonie prolongée, bien étudiée par Ch. GARDERE, ne comporte pas d'intervalle apyrétique. Il s'agit d'un foyer d'hépatisation bien délimité, qui évolue plus longtemps que d'habitude. C'est l'opposé de la pneumonie abortive.

La pneumonie à rechute ne peut donc même pas être considérée comme une forme particulière de pneumonie prolongée.

c) *Pseudo-crises*

Lorsque, durant une pneumonie, se produit une fausse défervescence, l'évolution ultérieure de la maladie risque fort de passer pour une rechute aux yeux d'un esprit non averti ; confusion d'autant plus facile que la rechute peut fort bien affecter une forme abortive.

Cependant cette erreur sera facilement évitée. Dans les pseudo-crises, l'apyrexie est de courte durée : 36 heures au maximum, le pouls ne suit pas la température. La défervescence n'est jamais franche, n'est pas précédée d'une

exacerbation des symptômes, ne s'accompagne pas d'une crise polyurique et sudorale. Enfin, trait plus important encore, les signes physiques *progressent* au lieu de rétro-céder.

II. DIAGNOSTIC AVEC LES COMPLICATIONS PULMONAIRES OU PLEURALES

a) *Congestion pulmonaire*

Si, à l'exemple de certains auteurs, nous avons rangé la congestion pulmonaire dans la classe des pneumonies abortives ou rudimentaires, nous aurions dû décrire cette forme au paragraphe précédent. Au contraire — imitant en cela CADET DE GASSICOURT — nous la considérons comme une entité pathologique indépendante et lorsqu'elle survient après une pneumonie, elle mérite l'épithète de complication.

La notion de pneumonie compliquée de congestion pulmonaire n'est pas nouvelle. Ch. GARDERE y a longuement insisté et il semble bien que l'une de nos observations (obs. VIII) doive entrer dans cette catégorie de faits.

Comparée à la rechute, la congestion pulmonaire s'en différencie par l'atténuation de tous ses symptômes physiques et par sa moindre durée.

Toutefois lorsqu'elle survient peu de temps après une défervescence de pneumonie, avec un début brusque, une température élevée, de la toux, de la dyspnée, de la submatité pulmonaire, un léger souffle, des râles crépitants en foyer, le diagnostic demeure délicat.

b) *Pleurésie méta-pneumonique*

Elle apparaît après une défervescence normale et une phase intermédiaire de huit, quinze jours, un mois, qui a pu être apyrétique. Si d'une part, le siège de la pleurésie se confond avec celui de la pneumonie, et si, d'autre part, la ponction exploratrice est négative, on conçoit sans peine les difficultés du diagnostic qui ne sera définitivement tranché que par la radiographie.

Ces difficultés n'avaient certes pas échappé à certains auteurs. C'est ainsi que NOBECOURT écrit : « La pleurésie chez l'enfant n'est pas toujours facile à reconnaître ; ses signes physiques sont souvent ceux d'une pneumonie massive ... Le problème se pose d'ailleurs à la convalescence, car la pleurésie purulente méta-pneumonique est fréquente, et l'on hésite souvent entre un épanchement purulent et une récurrence de pneumonie beaucoup plus rare d'ailleurs. »

c) *Abscès pulmonaires méta-pneumoniques*

Ils sont rarement secondaires à une pneumonie. Pourtant le fait existe et nous avons eu l'occasion, récemment, d'observer dans le service un cas de ce genre.

Il s'est agi d'une fillette âgée de 6 ans qui, le 10 mars dernier, présenta une pneumonie ayant débuté par des vomissements, du délire et une température à 41° se maintenant par la suite en plateau. Six jours après, défervescence brusque avec chute thermique à 35°.

Pendant trois à quatre jours la température est restée

à la normale, puis elle est montée progressivement à 38°, 39° et même 40°.

Apparition de sueurs profuses.

A l'examen : matité de la base gauche, foyer de râles peu nombreux, souffle expiratoire assez intense. Il n'existe pas de signes cavitaires, la mère de l'enfant n'a pas noté de vomique. Le diagnostic était hésitant.

Un examen radioscopique d'abord, complété ensuite par une radiographie pulmonaire, montra une image hydro-aérique très nette siégeant à la base du poumon gauche, chevauchant sur le bord gauche du cœur.

d) *Broncho-pneumonies*

Les broncho-pneumonies compliquant la pneumonie avaient déjà été signalées par HENOCH. Lorsqu'elles affectent une forme pseudo-lobaire, elles risquent d'être confondues avec les rechutes. Inversement lorsqu'une rechute présente une courbe thermique irrégulière, comme dans l'observation de la clinique et celle de TORDEUS, on aura tendance de prime abord, à admettre qu'il s'agit d'une broncho-pneumonie.

Ces broncho-pneumonies à forme pseudo-lobaire, généralement à pneumocoques, ayant un souffle plus ou moins franchement tubaire et une symptomatologie physique voisine de la pneumonie, sont très difficiles à différencier de cette dernière.

L'examen radiographique montrera toute la différence qui sépare les deux affections.

« Dans la broncho-pneumonie pseudo-lobaire, le foyer est moins dense, partiellement perméable aux rayons, et

donne une ombre légère inégale, à contours peu précis, très différente de l'ombre d'un foyer pneumonique » (GARDERE).

c) Tuberculose pulmonaire à début pneumonique

« Dans les formes de pneumonies à rechutes successives, comme dans les formes trop prolongées, on ne peut se défendre d'une certaine inquiétude et l'on est assez porté à incriminer la tuberculose pulmonaire à début pneumonique, d'autant plus que les signes physiques siègent au sommet. Quand la submatité, le souffle, les râles persistent plusieurs jours après la défervescence, soit dans la fosse sus-épineuse, soit dans la région sous-claviculaire, comment ne pas penser à la tuberculose ? » (COMBY).

Dans ce cas la radiographie pulmonaire associée aux réactions tuberculiniques (cuti et percuti-réactions) viendra heureusement trancher le diagnostic.

III. COMPLICATIONS PNEUMOCOCCIQUES EXTRA-PULMONAIRES

Parmi les autres complications dues au pneumocoque nous signalerons les péricardites, les péritonites, les méningites, les arthrites, les otites, etc., qui, à leur début, alors qu'elles se manifestent uniquement par une élévation de la température et une atteinte de l'état général, peuvent faire rechercher une rechute inexistante. Mais leur localisation extra-pulmonaire attire bientôt l'attention et le diagnostic ne présente plus aucune difficulté.

On voit par ce qui précède que la rechute peut être confondue avec un certain nombre d'autres affections. Si elle se manifeste dès le début par une symptomatologie complète, classique, le médecin est tout de suite fixé. Sinon, comme nous l'avons déjà fait remarquer, il orientera ses recherches vers une complication dont il se méfie toujours et méconnaîtra une rechute un peu atypique.

Nous avons tenu à souligner longuement combien sont importants les examens radiologiques. Une place prépondérante leur revient dans le diagnostic des rechutes et des diverses complications de la pneumonie.

En résumé, l'erreur fondamentale à éviter est de ne pas prendre pour une *pneumonie à rechute*, une *pneumonie compliquée*.

Pronostic

D'une façon générale, la rechute n'assombrit pas le pronostic. C'est du moins l'opinion des anciens auteurs, de GILLET notamment.

BARTHEZ et SANNÉ cependant font remarquer que « dans certaines circonstances, elle est plus grave que la première atteinte et emporte le malade ».

Dans nos différentes observations, la maladie s'est toujours heureusement terminée par la guérison. Une seule fois (obs. I) sont apparus des abcès sous-cutanés et une otite bilatérale, de sorte que la complication la plus fréquente c'est encore une *deuxième rechute* (4 fois dans nos observations).

Comparée à ce qui se passe chez l'adulte, la rechute est incontestablement plus bénigne chez l'enfant. Chez ce dernier on ne signale pas de terminaison fatale, fait relativement fréquent chez l'adulte. Son inconvénient majeur est d'allonger notablement la durée de la maladie.

Considérations générales

La pneumonie à rechute est une affection bien spéciale, bien individualisée. On aura sans doute été surpris de trouver les termes de rechutes radiologiques, de rechutes cliniques et de rechutes thermiques. Cette classification toute artificielle nous a été inspirée par le seul souci d'être complet et afin de cataloguer divers faits disparates, publiés sous le nom de pneumonies à rechutes, à une époque où la radiographie était pratiquement inconnue et ne permettait pas de vérifier les données de la clinique. A l'avenir, par l'emploi systématique de la radiologie, nous ne connaissons que des rechutes vraies ou rechutes tout court, semblables à l'observation inédite que nous publions.

On sera également surpris que nous n'ayons pas assigné à l'intervalle apyrétique un minimum et un maximum de jours en dehors desquels il ne peut y avoir rechute. Nous répondrons en disant qu'il n'est pas facile de donner à cet intervalle des limites bien déterminées. Les anciens auteurs, eux-mêmes, n'ont pas tranché la question. Pour la majorité d'entre eux, la rechute survient « pendant la convalescence » tandis que la récurrence n'apparaît « qu'après un intervalle de santé parfaite ». En un mot

c'est une question d'appréciation, la période d'apyrexie au surplus — et nous y avons longuement insisté — étant absolument insuffisante, à elle seule, pour affirmer la rechute.

Nous avons, croyons-nous, montré les différences qui séparent la récidive de la rechute : nous n'y reviendrons pas. Mais il est un point sur lequel nous voudrions attirer l'attention : c'est celui des rechutes ne survenant pas au même endroit que la première pneumonie. Lorsque deux ou plusieurs foyers d'hépatisation pulmonaire, siégeant en des lobes différents, se succèdent, après un intervalle apyrétique, si court soit-il, nous n'avons pas hésité à en faire des rechutes et nous avons montré, par analogie avec les récidives, qu'il fallait les considérer comme tels. Ce sont en somme des *variétés anatomiques* de la rechute. Ces faits sont nettement distincts de la pneumonie migratrice et de la pneumonie double successive. Ces dernières formes comportent également plusieurs foyers, mais elles évoluent sans périodes d'apyrexie, de la même manière qu'une pneumonie prolongée. Dans de tels cas, et contrairement à ce qui se passe lorsque le foyer d'hépatisation de la première pneumonie et celui de la rechute se superposent, la radiographie n'est pas ici d'une nécessité absolue : le deuxième foyer pouvant être diagnostiqué cliniquement avec certitude.

En terminant ce travail et bien que ayant élargi un peu leur champ, nous sommes bien obligé de reconnaître l'extrême rareté des rechutes dans la pneumonie infantile, infiniment plus rares que les récidives. La littérature médi-

cale ne mentionne qu'un petit nombre d'observations, non vérifiées radiologiquement. Aussi convient-il de ne les accepter qu'avec une certaine réserve. Quoiqu'il en soit, la pneumonie à rechute existe chez l'enfant : elle méritait d'être signalée. Elle mériterait surtout d'être mieux connue, non seulement pour éviter de la confondre avec les autres complications pneumococciques, mais aussi pour lui donner sa vraie place dans la pathologie. Alors, peut-être, verrions-nous, avec une certaine surprise, qu'elle est plus fréquente qu'on ne le croit communément.

Conclusions

I. — La pneumonie, maladie habituellement cyclique et de courte durée, peut cependant présenter des rechutes.

II. — Doivent seules être considérées comme rechutes authentiques celles qui, survenant après un temps d'apyrexie assez court, succédant à une première atteinte, sont caractérisées par une reprise de la fièvre, des signes physiques et *par une réapparition de signes radiologiques*, ceux-ci ayant primitivement disparu et réapparaissant soit au même niveau, soit ailleurs.

III. — En l'absence du contrôle radiologique, il peut s'agir d'une simple reprise de l'état fébrile ou d'une congestion pulmonaire venant compliquer la pneumonie, mais on ne peut affirmer qu'il s'agit bien d'une rechute vraie, celle-ci paraissant être très rare, d'ailleurs.

IV. — Il existe également et beaucoup plus fréquemment, des *récidives* survenant plus ou moins tardivement après une première atteinte, celle-ci, contrairement à beaucoup d'infections autres, ne créant pas l'immunité.

V. — La rechute peut être due à la persistance d'une infection pneumococcique latente. Elle ne modifie en général ni l'évolution ni le pronostic de la pneumonie qu'elle prolonge seulement. Par sa rareté, elle ne mérite de tenir qu'une petite place dans l'histoire de la pneumonie infantile.

Le Président de la Thèse,
MOURIQUAND.

Vu :
Le Doyen,
J. LEPINE.

Vu et permis d'imprimer :
Lyon, le 9 mai 1941
Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,
GAU.

Bibliographie

- AUDÉOUD (H.). — Triple pneumonie de la base gauche chez un enfant de 10 ans (*Rev. méd. de la Suisse Romande*, Genève, 1905).
- BARTHEZ et SANNÉ. — Traité clinique et pratique des maladies des enfants, 1884.
- CADET DE GASSICOURT. — Traité clinique des maladies de l'enfance, 1886.
- CATHALA. — Pneumonie prolongée et à rechute de l'enfance. Mécanisme de la guérison (*Bull. et Mém. de la Soc. Méd. Hôp. Paris*, 25 mai 1928).
- CHAUFFARD. — Pneumonie franche à rechute (*Presse méd.*, 1899).
- COMBY. — Traité des maladies des enfants.
- COMTE. — Des fausses défervescences dans la pneumonie franche (*Thèse Paris*, 1892).
- D'ESPINE et PICOT. — Traité pratique des maladies de l'enfance, 6^e édition.
- GARDÈRE (Charles). — Les pneumococcies prolongées (*Gaz. hebdomadaire des Hôp. de Paris*, 1923).
- Les pneumonies prolongées chez l'enfant (*Rapport présenté au III^e Congrès de l'Association des pédiatres de langue française*, Bruxelles, 1923).
- GAUJOUX et BRUNEL. — Pneumonie récidivée chez l'enfant (*Montpellier Médical*, 1909).
- GILLET (H.). — Particularités et formes de la pneumonie fibrineuse chez l'enfant (*Gazette des Hôpitaux*, 27 juin 1903).

- GRISOLLE. — Traité pratique de la pneumonie aux différents âges, 2^e édition, 1864.
- HAUSHALTER. — Pneumonie à rechutes intermittentes chez un enfant (*Soc. de Méd. de Nancy*, 1900).
- HUTINEL. — Les maladies des enfants.
- HÉNOCH. — Leçons cliniques sur les maladies des enfants.
- KAMENSKY. — De la pneumonie franche à rechute (*Thèse Paris*, 1899).
- KALER, JEANDELIZE et LEFEBVRE. — Cent cas de pneumonie franche chez l'enfant (*Revue méd. de l'Est*, 1898).
- LEROUX (Ch.). — Note sur deux cas de pneumonie prolongée (*Soc. de Pédiatrie Paris*, 13 novembre 1900).
- LÉPINE (R.). — Dictionnaire de méd. et de chir. pratiques.
- MARFAN. — Formes communes de la pneumonie infantile (*Semaine Médicale*, 1900).
- MOURIQUAND. — Sur quelques notions récentes touchant le diagnostic et le pronostic de la pneumonie infantile (*Progrès Médical*, 23 mars 1912).
- Formes anatomo-radio-cliniques de la pneumonie infantile (*Lyon Médical*, janvier 1931).
- MOURIQUAND et BERNHEIM. — Les éléments de pronostic tirés de la radiologie dans la pneumonie infantile (*La Médecine*, août 1928).
- MOURIQUAND, BERTOYE et BERNHEIM. — Valeur séméiologique de l'ombre radiologique en casque dans les pneumopathies du nourrisson (*Presse Médicale*, 29 sept. 1926).
- MOURIQUAND et SAVOYE. — La pneumonie silencieuse de l'enfant (*Le Journal de Médecine de Lyon*, novemb. 1931).
- NOBÉCOURT. — Traité de Médecine des enfants, Tome III.
- PALIER. — La pneumonie à rechute (*New-York medical Journ.*, 1899).
- PHILIBERT. — Précis de Bactériologie médicale.
- RANCHER (M.). — Etude sur les formes de la pneumonie prolongée chez l'enfant (*Thèse Paris*, 1904).
- ROYBAUD (A.). — Les formes prolongées de la pneumonie lobaire chez l'enfant (*Marseille Médical*, 1902).
- SACQUÉPÉE. — Sur une rechute de pneumonie (*Bull. et Mém. Soc. méd. Hôp. de Paris*, 1921).
- SAVOYE. — Les formes silencieuses de la pneumonie infantile (*Thèse Lyon*, 1931).

TORDEUS. — Pneumonie à rechute chez un enfant de 7 mois (*J. de Méd., Chir., Pharm. de Bruxelles*, 1877).

— Pneumonie à rechute (*J. de la Soc. des Sciences méd. et nat. de Bruxelles*, 1888).

VALAGUessa. — Un cas de pneumonie lobaire récidivant à longs intervalles (*Revue mens. des Maladies des Enfants*, 1904).

WEILL et GARDÈRE. — A propos du diagnostic de la pneumonie et de la broncho-pneumonie pseudo-lobaire (*Lyon Médical*, 1912).

WEILL et MOURIQUAND. — Le triangle axillaire de la pneumonie infantile (*Ann. de Méd. et Chir. inf.*, Paris, 1910).

— Le triangle primitif d'hépatisation pneumonique (*Presse Méd.*, juillet 1910).

— La pneumonie infantile jugée par la radiologie (*Paris Médical*, 1912-1913).

— Notes cliniques et radiologiques sur la pneumonie du nourrisson (*Bull. Soc. de Pédiat. de Paris*, 1913).

